Aus der II. Univ.-Klinik für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe zu München. Direktor: Kommissarischer Leiter: Professor Dr. Eisenreich.

Lipome der Vulva

mit einem an der II. Gynäkologischen Klinik beobachteten Fall und einer Zusammenstellung der in der in- und ausländischen Literatur veröffentlichten Fälle.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der gesamten Medizin verfaßt

und einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Adolf Windorfer

aus Falkenstein,

Medizinalpraktikant

Regensburg

Verlag, Buch- und Kunstdruckerei Gg. Aumüller & Sohn, G. m. b. H.

1934.

Meinen lieben Eltern.

Frühjahr 1934.

Inhalts-Verzeichnis

I. Gutartige Bindegewebsgeschwülste der Vulva. 7

II. Das Lipom der Vulva. 8

1. Ausgangspunkt, Entstehung und Sitz 9

2. Krankheitsbild (Aussehen, Wachstum, Größe, Gewicht) 10

3. Symptome 12

4. Verlauf (Sekundäre Veränderungen; Komplikationen) 13

5. Diagnose 15

6. Differenzialdiagnose 15

7. Histologie und Bau 20

8. Ätiologie 21

9. Therapie 25

10. Prognose 25

III. Ein in der II. Gynäkologischen Klinik beobachteter Fall. . 26

IV. Die interessantesten Fälle aus der Literatur 28

V. Wichtige differenzialdiagnostische Fälle 37

VI. Übersicht und Zusammenstellung aller veröffentlichten Fälle. 40

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154014_0070

Lipome der Vulva.

I. Gutartige Bindegewebsgeschwülste der Vulva.

Das Auftreten von gutartigen Bindegewebsgeschwülsten am äußeren weiblichen Genitale ist nicht sehr häufig. Wenn trotzdem dies Kapitel der Geschwulstlehre eine eingehendere Betrachtung verdient, so rührt es daher, daß diesen Neubildungen doch eine praktische Bedeutung zukommt. Da diese Kategorie der Genitalgeschwülste in Symptomen, Krankheitsbeschwerden und Verlauf fast ein einheitliches Bild bei den verschiedenen Tumoren zeigt, ist es wohl angebracht, von diesen Neubildungen kurz im allgemeinen zu sprechen, während in der speziellen Auseinandersetzung lediglich von den Lipomen der Vulva die Rede sein wird.

Schon durch das Entstehen von Geschwülsten am Genitale, insbesondere aber durch das spätere, oft sehr rasche und ausgedehnte Wachstum, das diesen Tumoren eigen sein kann, werden die Frauen psychisch, dann aber auch rein körperlich schwer mitgenommen. Sei es bei der Arbeit, beim Gehen oder Sitzen, überall im alltäglichen Leben werden die Patientinnen belästigt und behindert. Ja es kann durch derartige Geschwülste sogar zu schwerer Störung der Geschlechtsfunktion kommen. Trotzdem schieben die Frauen eine ärztliche Konsultation oft hinaus; die einen aus falschem Schamgefühl die anderen aus Indolenz und Nachlässigkeit, und so wachsen diese Tumoren oft schnell und plötzlich beginnend, oft langsam und allmählich, zu außerordentlichen Dimensionen heran und verstärken somit alle beschriebenen Beschwerden und gleichzeitig die Möglichkeit einer hinzu kommenden gefährlichen Komplikation.

Da die operative Behandlung im Stande ist mit einem Schlage wieder normale Verhältnisse herzustellen, so gehört dies Leiden zu den therapeutisch dankbarsten Gebieten der Heilkunde.

Um einen Ueberblick zu gewinnen über die einzelnen Formen der Genitalgeschwülste der Desmoid-Reihe, sei

folgende knappe Uebersicht zusammengestellt: Zahlenmäßig an erster Stelle stehen die Fibrome der Vulva. Sie entstehen aus dem weitmaschigen Bindegewebe der großen Labien. Dabei können sie entweder als kleine gelappte Gebilde unmittelbar in der Haut sitzen und diese vorziehen (Molluscum pendulum) oder aber sie können in der Tiefe ihren Ursprung nehmen, sodaß sie dann die Schamlippe kugelförmig auftreiben und durch ihre Schwere und Größe die Haut nach abwärts ziehen (Fibroma pendulum). Die Ausläufer des Lig. rotundum, die sich in den großen Labien verlieren, können ebenfalls zum Ausgangskunkt für Fibrome werden. Diese Vulvafibrome sind derbe Geschwülste, ihre Größe schwankt zwischen Wallnuß- und Kopfgröße. Wichtig ist, daß sie als einzige der gutartigen Bindegewebsgeschwülste am Genitale bösartig werden können, in Form einer sarkomatösen Veränderung.

Nächst den Fibromen sind die Lipome der Vulva von Bedeutung die im Folgenden eingehend besprochen werden, sodaß sie hier übergangen werden können.

Myome der Vulva kommen nur vor, zusammen mit Bindegewebs-Geschwulstbildung, also als Fibromyome. Sie entstehen aus den glatten Muskelzellen des Lig. rotundum, worauf Sänger als erster hingewiesen hat. Ihr Sitz sind die Labia majora, doch gehen sie nie von dem mit Schleimhaut überzogenen Teil der Vulva aus. Es sind glatte, weiche Tumoren im vorderen Teile der Labien.

Reine Myxome sind außerordentlich selten. Sie Sitzen in den Labien oder in den Genitocruralfalten. Bei den myxömatösen Mischgeschwülsten ist es schwer zu sagen, ob einfache schleimige Degeneration oder Oedematisierung eines anderen Tumors, oder aber ob eine Neubildung echten Schleimgewebes neben einer solchen eines anderen Gewebes besteht. Meist ist es wohl der zuerst geschilderte Vorgang.

Echte Neurome sind nicht sicher festgestellt; wohl aber gibt es Neurofibrome.

Auch für Enchondrome ist kein histologisch-diagnostischer Beweis geliefert worden. Bei allen diesen selteneren zuletzt genannten Geschwülsten handelt es sich meist um Kombinationen mit Fibrom- oder Lipomgewebe.

II. Das Lipom der Vulva.

Wenden wir uns nun dem speziellen Teil der Aufgabe, den Vulvalipomen mit dem von ihnen ausgelösten Krankheitsbild zu:

Die Lipome machen von allen Vulvatumoren nur 1,6 % aus. Dies relativ seltene Auftreten der aus Fettgewebe zusammengesetzten Geschwülste ist immerhin merkwürdig, wenn man sich erinnert, daß häufig der Fettreichtum der Labia majora und des mons veneris ein ganz bedeutender sein kann.

Entstehung.

Der panniculus adiposus dieser genannten Partie ist nämlich vorzugsweise der Ausgangspunkt der Vulvalipome. Diese können dabei entweder von breiter Basis ausgehen und auf diese Weise eine ganze Labie einhüllen; sich sogar zum Inguinalkanal, zum Perineum oder in die Vagina hinein erstrecken; oder aber die Geschwulst kann an einem Stiel hängen, der dann je nach dem Gewicht der Fettmasse mehr oder weniger ausgezogen wird. So ist die eine Entstehungsmöglichkeit. Die zweite Art ist die, daß das Fettgewebe, welches sich in der Umgebung der Vulva befindet, zum Entstehungsort der Lipome wird. Die Geschwulst wächst dann von dort aus in eine große Schamlippe hinein. Von Urich wird ein Fall dieser Art beschrieben, bei dem ein daumendickes, längliches Lipom der linken Labie von dem im Leistenkanal gelegenen Imlachschen Fettkörper ausging. Die Operation hatte diese Feststellung ergeben. Das Fettgewebe der fossa ischiorectalis oder des paravaginalen Gewebes kann ebenfalls zur Bildung von Fettgeschwülsten als Mutterboden dienen. Balls-Heatly berichtet über eine solche Beobachtung: Er entfernte in der Gegend der Bartholinschen Drüse eine Geschwulst; diese stand mit einem seitlich von der Vagina hoch hinauf reichenden zweiten Tumor in Verbindung, der somit als Ausgangspunkt oder Primärtumor zu betrachten war. Auch Gräfe operierte ein bis zur Mitte der Oberschenkel herabhängendes Lipom, das zwischen Vaginalwand und absteigendem Schambeinast entsprungen war. Diese von der Tiefe ausgehenden Geschwülste beanspruchen ein besonderes Interesse, insofern, als sie dann, wenn sie einmal in Erscheinung treten und somit erst eigentliche Vulvatumoren werden, meist schon eine ziemliche Größe im Verborgenen erreicht haben. Dies zu wissen und nach Möglichkeit festzustellen, ist natürlich von maßgebender Bedeutung für die Operation und deren Verlauf.

Lipome der Genitocruralfalten, die von den Innenflächen der Oberschenkel oder von der Leiste ausgehen und sogar ziemlich häufig sind, können ebenfalls in die Vulva hineinwachsen.

Auch aus einem in ein Labium majus getretenen inquinalen Netzbruch kann sich ein Lipom entwikkeln. Der Vorgang ist dabei der, daß nach Veroedung des Bruchsackhalses das abgeschnürte Fettgewebe des Netzes zu wuchern beginnt. Dieser Modus ist gar nicht so selten.

Als letzte, ziemlich seltene Entstehungsmöglichkeit sei noch erwähnt das Herabrutschen eines vom präperitonealen Fettgewebe der vorderen Bauchwand entspringenden Lipoms im Verlauf einer Leistenhernie (Lipoma subserosum). Der Tumor hängt dann mit einem Stiel, der in der Hauptsache von einem in die Bauchhöhle tretenden Gefäß gebildet wird, mit dem Peritoneum zusammen. Im weiteren Verlauf stülpt sich dann das Letztere in den durch das Lipom gebildeten Bruchkanal. In diesem Fall ist die größte Vorsicht bei der Operation geboten, wie überhaupt in allen Fällen, in denen die Lipome nicht vom fetthaltigen Unterhautzellgewebe ausgehen, sondern sich weiter hinauf erstrecken. Diese beschriebenen Entstehungsarten sind alle beobachtet worden; in den weitaus häufigsten Fällen aber sind die Labia majora oder der mons veneris Ausgangspunkt und Sitz der Vulvalipome.

Krankheitsbild.

Man sieht die Lipome dann dort als Ei- bis Kopfgroße Geschwülste von ovaler oder rundlicher Form; oder aber wenn sie schon in ein fortgeschritteneres Wachstums- und Größenstadium getreten sind, meist alst gestielte, herabhängende Tumoren. Das Wachstum der Vulvalipome geht auf zwei Arten vor sich; das einemal durch ganz langsames, allmähliches und gleichmäßiges Größerwerden der Geschwulst, sodaß meist sehr lange Zeit vergeht, bis die Größe einer Faust oder eines Apfels erreicht wird. Es können darüber Jahre bis Jahrzehnte verstreichen. Die andere Art schildern uns die Patientinnen so, daß sie erzählen, sie hätten seit vielen Jahren ein an Größe gleichbleibendes Knötchen an der Schamlippe bemerkt; dies habe dann auf einmal plötzlich und schnell zu wachsen begonnen, sodaß in kurzer Zeit ein manchmal Kindskopfgroßer Tumor entstand. Für diese häufige Beobachtung liefert Dorosch ein gutes Beispiel: Eine Patientin mit einem kindskopfgroßen Lipom wußte um dessen Entstehung vor 15 Jahren in Form eines Bohnengroßen Knötchens, das erst im Laufe der letzten zwei Jahre sich rapid vergrößert hatte und zu dieser Geschwulst herangewachsen war. — So kam auch zu Gräfe eine Kranke, die seit 10 Jahren eine Wallnußgroße Anschwellung am linken Labium majus

hatte, welche sich erst in den letzten fünf Monaten sehr rasch und ausgiebig vergrößerte, sodaß sie Mannskopfgroß wurde und bis zur Mitte der Oberschenkel herabhing. — Lovelace schildert einen Fall, bei dem sich innerhalb 3½ Jahren ein 20 kg großer Tumor entwickelt hatte. Doch scheint das ein in jeder Beziehung besonders gelagerter Ausnahmefall zu sein. Das Wachstum der Vulvalipome ist natürlich wie das aller Lipome und gutartigen Tumoren ein rein verdrängendes.

Die Größe, welche diese Neubildungen manchmal erreichen und wegen der sie in der Literatur am bekanntesten sind, kann eben infolge des geschilderten oft plötzlich einsetzenden, dann raschen Wachstums, eine geradezu enorme werden. Da manche Frauen aus einer ängstlichen Scheu heraus den Arzt nicht aufsuchen, indolente Personen sich sogar an so einen Zustand häufig gewöhnen und da ferner der verborgene Sitz des Tumors die Geschwulstträgerinnen auch nicht zur Eile antreibt, so hat die Neubildung genügend Zeit sich auszudehnen und immer weiter zu wachsen bis schließlich so ungeheuer große Tumoren resultieren. Während Geschwülste von Faust- bis Apfelgröße zwar den Durchschnitt bei den zur Operation kommenden Patientinnen bilden, so gehören doch Kindskopfgroße, ja bis zu 5 und 10 Pfund schwere Gebilde nicht zu den größten Seltenheiten. Fälle wie sie Shewmann beschreibt, mit einem Lipom von 26½ Pfund, oder gar Lovelace mit 40 Pfund, scheinen die grotesken Extreme zu bilden. Wie Neumann feststellt, kommen solche Riesentumoren allerdings in jüngerer Zeit immer seltener zur Beobachtung. Dies beruht wohl darauf, daß die Frauen doch schon frühzeitiger als bisher die Operation vornehmen lassen, nachdem die guten Erfolge auf diesem Gebiet offenkundig sind. Die Tatsache, daß gerade am Genitale die Bindegewebsgeschwülste so immense Formen annehmen, ist anatomisch-physiologisch wohl auf die besonders starke Vaskularisation dieser Körperregion zurückzuführen; die dadurch bedingte bessere Ernährung des neugebildeten Gewebes dürfte deshalb die unmittelbare Ursache für das starke Wachstum sein.

Infolge des Gewichtes der an Masse zunehmenden Tumoren wird die bedeckende Haut gedehnt und durch die Größenzunahme immer stärker ausgezogen. Da der Tumor der Schwere folgend nach unten zieht, bildet sich auf diese Weise allmählich ein Stiel aus. Die Geschwülste hängen dann zwischen den Oberschenkeln als birnförmige Gebilde herunter, wobei auch die Schleimhaut mehrere Fin-

ger breit ausgezogen werden kann. In Fällen mit großen Tumoren reichen diese bis zur Mitte der Oberschenkel oder gar bis zu den Knien herab. Ihrem Aussehen nach werden sie dann als Lipomata pendula bezeichnet. — Maximow operierte eine Patientin deren Tumor an einem 10 cm langen Stiel hing. — Der schon erwähnte 40 Pfund schwere Tumor von Lovelace hing in Gestalt einer Schürze bis zur Mitte der Unterschenkel herab. — Auch von Goodell, Emmet u. a. sind bis zum Knie herabreichende Vulvalipome beschrieben worden. Man kann sagen, das Ausziehen der Haut zu einem Stiel ist bei den Vulvalipomen ein durchaus häufiges Ereignis. — Ein Kuriosum bietet in diesem Zusammenhang der von Flatau mitgeteilte Fall: Der Stiel eines Kartoffelgroßen Lipoms des rechten Labium majus war durch den Gewichtszug so verdünnt und durch Ulcerationsprozesse so brüchig geworden, daß die Geschwulst spontan abfiel, als die Kranke sich gerade entschlossen hatte, ärztliche Hilfe aufzusuchen.

Symptome.

Aus dem so entworfenen Krankheitsbild gehen die Symptome ohne weiteres hervor. Solange die Geschwülste die Größe von Knoten haben, empfinden die Patientinnen noch keine Beschwerden. Erst zu größeren Gebilden herangewachsen, machen sie den Frauen stärkere Unannehmlichkeiten durch die Größe, das Gewicht und den Sitz. Die freie Beweglichkeit beim Arbeiten, im Beruf, besonders aber das Gehen und auch das Sitzen wird zumal bei gestielten Tumoren sehr beeinträchtigt. So kommt es, daß die Kranken oft eine besondere Sitzweise erfinden müssen, z. B. zwischen 2 Stühlen, um die Geschwulst dazwischen hängen zu können. Andere Frauen helfen sich damit, daß sie den Tumor in einem Sack oder durch anbinden befestigen, um sich von dem lästigen Gefühl des Ziehens und Zerrens zu befreien.

Schwerwiegender als diese Auswirkungen sind ernste Störungen der Geschlechtsfunktion und Kohabitationsbeschwerden infolge Verlegung des Introitus vaginae. Sie sind relativ selten, verursachen aber neben dem körperlichen Leiden eine erhebliche psychische Depression der Patientinnen, die unter allen Umständen behoben werden muß.

Ueber Schmerzen scheinen die Patientinnen bei den langsam wachsenden, lange bestehenden Lipomen nicht zu klagen. Dagegen verursacht das rasche Anwachsen

der Geschwulst doch öfters recht schmerzhafte Sensationen.

Verlauf.

Zu diesen Krankheitserscheinungen gesellen sich häufig noch andere hinzu und zwar solche, die auf Grund von secundären Veränderungen der Geschwülste entstehen. Durch den ständigen Zug der Neubildung an der Haut und durch den Druck auf die Haut von Innen her, kommt es verbunden mit der ständigen Reibung von außen zur Verdünnung des Integuments und Druckatrophie; begünstigt durch die schlechten Zirkulationsverhältnisse und die dadurch entstehende hypostatische Hyperämie der basalen Teile, wird der Boden für eine Nekrose der Haut vorbereitet. Es kann dann zu Drucknekrose von innen oder von außen kommen. Da ferner die ständige Möglichkeit der Verunreinigung im besonderen Maße gegeben ist, durch Benetzung mit Urin und Vaginalsekret und die Geschwulst von den Oberschenkeln leicht wund gescheuert wird, so kommt es, sobald eine größere Exkoreation vorliegt, so gut wie immer zu einer Sekundärinfektion von außen her. Diese führt dann zu Geschwüren der bedeckenden Haut. Oft tritt ein ulcus, oft treten auch gleichzeitig mehrere ulcera an verschiedenen Stellen der Geschwulst auf. Breitet sich der destruierende Prozeß gar in die Tiefe aus, so kommt es zur Vereiterung und Verjauchung des Fettgewebes, das mit unausstehlichem Geruch zerfällt. Daß die Kranken unter solchen Symptomen aufs Schwerste zu leiden haben liegt auf der Hand. Oft sind es erst diese abscheulichen, fortschreitenden Exulcerationen, die die Patientinnen zum Arzt führen. In einem derartigen Fall wurde dann noch der Arzt ersucht, lediglich das Geschwür auf dem Tumor zur Heilung zu bringen (Fall X).

In diesen geschwürigen Sekundärveränderungen der Geschwülste dürfte die größte und fast einzige Gefahr bestehen, der die Patientinnen ausgesetzt sind, da es zur fortschreitenden Gangrän mit ihren schlimmen Folgen kommen kann. — Kehrer operierte eine Frau an Vulvalipom, von dem er mitteilt, daß der periphere Teil der Geschwulst ausgedehnt gangränös und durch eine rote Demarkationslinie vom übrigen Teil abgegrenzt war.

Die nicht ulcerierte Haut des Tumors ist in solchen Fällen gespannt, oedematös durchtränkt, derb, die erweiterten Venen treten deutlich hervor und geben zusammen mit der meist dunkleren Pigmentation dieser Hautpartien den großen Neubildungen eine eigenartige Verfärbung.

Unter dem Einfluß von so großen Lipomen und ihren gefährlichen secundären Veränderungen kann es zu beträchtlicher Gewichtsabnahme und Abmagerung der Patientinnen kommen, ja man spricht sogar von einer richtigen Lipomkachexie; das zeigt der Fall von Shewmann bei dem ein 18jähriges Mädchen infolge eines 26 Pfund schweren Lipoms hochgradig abgemagert war. Das Auffallende dabei ist die vollkommene Selbständigkeit der Lipome; das bedeutet, daß bei fortschreitender Körperabmagerung und Fettschwund der Frauen, das Fettgewebe der Geschwulst nicht vermindert wird.

Eine maligne Entartung der Lipome kennt man nicht; während von den Fibromen ca. 1/5 sarkomatöse Umwandlung erfahren.

Die periodischen Veränderungen des weiblichen Körpers, ferner Gravidität und Puerperium sind, wie vielfach bewiesen ist, häufig von Einfluß auf die Fettgeschwülste der Vulva. So wurde besonders ein Anschwellen im Prämenstruum und ein Abschwellen im Postmenstruum beobachtet, (Fall VII) ferner in analoger Weise dazu Volumzunahme in der Schwangerschaft (Grad, Brown) und im Puerperium Verkleinerung der Geschwulst. In dem Fall von Grad bemerkte die Patientin im 3. Schwangerschaftsmonat einen Knoten in der linken Labie, der während der Gravidität rasch anwuchs. Dieses gesteigerte Wachstum muß wohl auf die intensivere Blut- und Lymphgefäßversorgung des ganzen weiblichen Genitalapparates während der Gravidität zurückzuführen sein.

Infolge dieser zuletzt genannten Veränderungen mit Vergrößerung der Lipome kann es zu bedeutungsvollen Komplikationen kommen. Zwei besonders interessante Fälle sind bekannt, bei denen das Lipom infolge plötzlichen stärksten Anschwellens während der Austreibungsperiode bei der Geburt durch Verlegung des Geburtskanales zum Geburtshindernis wurde. Kehrer berichtet über den einen Fall, wobei ein Hühnereigroßes Lipom während der Preßwehen Kindskopfgröße erreichte und so die Notwendigkeit, das Kind mit der Zange zu entwickeln gegeben war. Er erklärt es wie folgt: „Da von einem gleichzeitigen Bluterguß nicht gesprochen wird, ist nur anzunehmen, daß ein durch bloße Blutstauung innerhalb des Beckens zustande gekommenes Pseudohämatom vorlag, oder daß die Geschwulst teilweise paravaginal oder pararectal entwickelt war und erst durch den Kopf des Kindes nach außen verdrängt wurde". — Zur Anwendung der Zange sah sich Bruntzel gezwungen, als ein faustgroßer Tu-

mor des rechten Labium infolge der Wehen auf Kopfgröße angeschwollen war. Bruntzel betont im Anschluß daran, daß solches Anschwellen der Lipome durch forcierte Muskelanstrengung oder durch Druckeinwirkung bei den Lipomen der Brust- und Gesäßgegend ja bekannt sei; daß der Einfluß der Geburtstätigkeit dieselbe Folge habe, zeige der beschriebene Fall. —

Ein weiteres Beispiel dieser Art ist das von Strumdorf: Da der Austritt des kindlichen Kopfes durch den Tumor verhindert wurde, mußte intra partum die Extirpation der Geschwulst vorgenommen werden.

Von anderen Komplikationen, die ein Vulvalipom hervorrufen kann, kommen ferner noch die schon angeführte Kohabitationserschwerung oder Unmöglichkeit in Betracht und eventuell noch Störungen bei der Miktion.

Diagnose.

Aus dem hiermit entworfenen Krankheitsbild, dem Entstehen, Sitz und Ausgang der Geschwulst, dem Verlauf und Wachstum, den subjektiven Symptomen, den sekundären Veränderungen und den möglichen Komplikationen wird sich im allgemeinen die Diagnose wohl stellen lassen. Kurz sei noch einmal das Wichtigste dafür zusammengestellt: Die Anamnese mit dem langsamen und schmerzlosen, oft plötzlich beschleunigten, dann schmerzhaften Wachstum der Geschwulst; die meist relativ geringen Beschwerden, als wichtigstes aber der örtliche Befund: Die typische Lokalisation des Tumors in einem Labium oder durch einen Stiel mit demselben verbunden. Palpatorisch eine abgrenzbare, weich-elastische, pseudofluktuierende Geschwulst unter der abhebbaren Haut. Der auf der Unterlage bewegliche Tumor, die charakteristische Lappung der Lipome, welche auch meist feststellbar ist; schließlich die sekundären Veränderungen in Form der Geschwüre und der derb-cedematösen, oft varikösen und bäunlich-pigmentierten Haut, die auch stets in Betracht zu ziehen sind. Freilich ist die Diagnose nicht immer leicht zu stellen, da differenzialdiagnostisch eine ganze Reihe von Möglichkeiten zu berücksichtigen sind und nicht immer gelingt es, diese restlos und erschöpfend zu klären, wie die verschiedensten Fälle beweisen.

Differenzial-Diagnose.

In erster Linie kommt zur Differenzial-Diagnose das Fibrom der Vulva in Betracht; von demselben

makroskopischen Aussehen wie das Lipom kann es auch die gleichen Größenausmaße, denselben Sitz zeigen und zu den gleichen Symptomen wie das Lipom führen. Zur Unterscheidung der beiden so nahe verwandten Tumoren, ist lediglich der palpatorische Befund maßgebend; und zwar als wichtigstes differenzialdiagnostisches Merkmal die Derbheit und Härte der Bindegewebsgeschwulst, sowie seine schärfere Abgrenzung gegen die Umgebung; auch fehlt dem Fibrom der gelappte Bau, der für die Fettgeschwulst so charakteristisch ist. Die häufig vorkommenden Kombinationen von Bindegewebs- mit Fettgewebsneubildungen, — Lipofibrome und Fibrolipome, je nach der überwiegenden Beteiligung des einen oder anderen Gewebes — sind ja klinisch-diagnostisch überhaupt kaum zu unterscheiden. Dadurch, daß das Lipom infolge Bindegewebseinlagerung härter werden kann, das Fibrom aber auch weicher durch Stauungserscheinungen und oedematöse Durchtränkung infolge zu reichlicher Blut- und Lymphgefäßversorgung, kommen fließende Übergänge zwischen den beiden Geschwulstarten zustande; sodaß auf Grund der zuletzt genannten Erscheinungen der sonst für das Lipom allein so typische Befund der Pseudofluktuation oft illusorisch wird. Ist so eine Unterscheidung also manchmal nicht mehr möglich, dann tröstet darüber die Tatsache hinweg, daß eine Verwechslung der beiden Geschwülste für die Praxis belanglos ist, da in beiden Fällen dieselbe Therapie zur Beseitigung des Zustandes in ihr Recht tritt: Die Extirpation des Tumors. — Für diese leicht verständliche Verwechslung liefert Granzowsky ein Beispiel: Er operierte eine Vulvageschwulst unter der Diagnose Fibroma pendulum. Die mikroskopische Kontrolle des Tumors ergab ein Lipom. Die anderen gutartigen Vulvatumoren, wie Fibromyome, Fibromyxome und Neurofibrome sind der makroskopischen Differenzialdiagnose auf Grund ihrer Variabilität in Aufbau und Erscheinungsform ebenfalls sehr schwer zugänglich. Die härtere Konsistenz durch den Fibromanteil, die weichere Beschaffenheit des myxömatösen Gewebes, grenzen sie vom reinen Lipom grobanatomisch ab. Die Übergänge von der einen Gewebsart in die andere sind natürlich ebenso vorhanden, sodaß meist erst die mikroskopische Erkennung die wahre Beschaffenheit des Tumors aufklärt.

Ganz anders gelagert dagegen sind die Fälle, in denen es sich darum handelt, eine der verschiedenen Labialhernien auszuschließen. Denn in diesen Fällen ist die richtige Diagnose von maßgebender Bedeutung im Hinblick

auf die vorzunehmende Operation. Schneidet man hier unvorsichtig ein, so kann man entweder das vorgestülpte Bauchfell öffnen, oder aber, was weit mehr zu fürchten ist, in das letztere herabgetretene Darmschlingen verletzen.

Die Hauptformen der Hernien sind kurz skizziert. folgende: Die wichtigste, die Hernia lab. inquinalis. Der größerwerdende Inquinale Bruchsack rutscht dem Lig.rontundum entlang bis in eine große Schamlippe und bildet hier einen Tumor, der ein Lipom vortäuschen kann. Seltener ist die Hernia lab. subpubica, die oberhalb des Musculus transversus perinei, zwischen M. ischiocavernosus und M. constriktor cunni austritt und in ein Labium majus gelangt. Und als dritte Art die Hernia subtransversalis oder perinealis, bei der sich der Bruchsack durch eine Dehiszenz im M. levator ani nach unten senkt und unterhalb des M. transversus perinei prof. austritt, um charakteristischerweise in der hinteren Partie der großen Labie zu erscheinen. Das Einwachsen einer Hernia cruralis in die Labien kommt vor, ist aber sehr selten.

Die Symptome, die zur Unterscheidung des Lipoms von diesen Hernien dienen, sind ebenfalls besonders durch den Tast-befund zu erheben, da die Inspektion nur eine Nuß- bis Apfelgroße hervorgewölbte Schamlippe, manchmal allerdings auch einen Kopfgroßen herabhängenden Tumor zeigt wie beim Lipom. Die besonders weiche Konsistenz, der tympanitische Perkussionsschall, die Möglichkeit der totalen oder wenigstens partiellen Reposition, die Volumzunahme des Tumors beim Husten und Pressen und schließlich noch die Stiel-Verfolgung gegen den Leistenkanal hin bei der Hernie, ermöglichen ja wohl meist die Differenzial-Diagnose. Von mehr theoretischen Interesse als praktisch verwertbar erscheint die Feststellung einiger Autoren, daß sich Lipome häufiger links, die Hernien öfter rechts befänden. Nicht unerwähnt seien allerdings die verschiedenen Komplikationen und Veränderungen, welche die Hernien erfahren können und die eine sichere Entscheidung oft sehr in Frage stellen. Die sonst weiche Konsistenz des Bruches kann durch Netzeinlagerung und Fettwucherung an Festigkeit zunehmen. Durch Inkarceration und folgende Exsudatbildung im Bruchsack entsteht statt des tympanitischen Percussionsschalles ein Schenkelschall, sodaß festes Gewebe vorgetäuscht wird. Auch durch besonders fettreiches Unterhautzellgewebe oder durch lipomatös entartetes Netz kann dies der Fall werden. Das wichtigste diagnostische Erkennungsmerkmal der Hernie, die Repositionsmöglich-

keit, kann aber dadurch aufgehoben sein, daß es zu Verwachsungen am Bruchring gekommen ist, sodaß ein Zurückverlagerungsversuch negativ ausfallen muß und auch der Preß- und Hustenmechanismus nicht mehr funktioniert. Die Verfolgung des Bruchstieles gegen den äußeren Leistenring zu ist insofern trügerisch, als sich auch, wie eingangs geschildert, die Lipome in der Richtung zum Leistenring ausbreiten können oder ein praeperitoneales Lipom ja auch über einen Stiel verfügt. Können so einerseits die Hernien äußerlich lipomartig werden, so kommt es aber auch durch Veränderungen in der Gewebsstruktur der Fettgeschwülste zu einer Annäherung des Befundes eines Lipoms an den einer Hernie. Als solche kommt besonders die Vortäuschung einer Repositionsmöglichkeit durch ein sehr weiches zusammendrückbares Lipom in Betracht. Auch die Tatsache, daß sich eine Geschwulst bei längerer ruhiger Rükkenlage der Kranken verkleinert, ist nicht ohne weiteres für die Diagnose Hernie zu verwerten, da diese Erscheinung auch bei Lipomen vorkommen kann. Die Angabe der Patientin „der Bruch" habe sich bisher immer zurückdrängen lassen, ist deshalb in dieser Beziehung der Differenzial-Diagnose mit besonderem Vorbehalt aufzunehmen. Das beweist deutlich ein Fall von Gräfe, bei dem die Patientin angab, sie habe bis vor kurzer Zeit den Bruch zurückverlagern können; die Operation ergab ein Lipom. Die subjektiven Symptome die für das Lipom bereits besprochen sind, können auch bei den Hernien verhältnismäßig recht unbedeutend sein und dadurch die Entscheidung Hernie — Lipom erschweren. Besonders kompliziert für die Differenzial-Diagnose sind die Fälle, in denen subseröse Lipome mit einem Leistenbruch verbunden sind; das geschieht besonders dadurch, daß ein vom subserösen Fett stammendes Lipom den Leistenkanal auseinanderdrängt und so zum Vorläufer einer Hernie wird.

Zur Erläuterung dieser wichtigen Differenzial-Diagnose Hernie — Lipom seien drei Fälle im Auszug angeführt: Landau deutete einen von der linken Leiste und Labie und Mons pubis entspringenden, bis zu den Knien reichenden Tumor als Riesenlipom, während er sich bei der Operation als eine außergewöhnlich große, zugleich mit sehr starkem panniculus adiposus versehene Leistenhernie darstellte. — Gräfe hatte eine Patientin mit einem knolligen, mehr elastischem Tumor vor sich, welch letzterer sich zum Teil nach innen drängen ließ, bei Entfernung aber wieder zum Vorschein kam. Die Perkussion ergab leeren Schall. Da sich die Geschwulst innerhalb weniger Monate sehr stark ver-

größert hatte mit Schmerzen in der linken Leiste, hielt er es für eine Labialhernie; die Operation ergab ein Lipom. — Auch Bruntzel erging es ähnlich, indem er auf Grund der annamnestischen Angaben der Patientin und auf Grund des Untersuchungsbefundes eine Hernia labialis mit entarteten Netzinhalt diagnostizierte, während es sich um ein Lipom handelte.

Zwei cystische Gebilde im Bereich des äußeren weiblichen Genitale seien noch für die Differenzialdiagnose erwähnt. Die eine ist die Retentionscyste der Bartholinschen Drüse; ein kugeliges bis längliches Gebilde, dessen Sitz solange es klein ist, deutlich im hinteren Drittel der Schamlippe festzustellen ist. Vergrößert es sich, so verliert es freilich dieses Merkmal und nimmt das ganze Labium ein. Die prallelastische Konsistenz, sowie das deutliche Gefühl der Fluktuation und ev. die Vornahme einer Punktion werden hier die Diagnose meist ermöglichen, ebenso wie bei der folgenden Zyste: Der Hydrocele muliebris; sie ist eine Bruchsackzyste. Der im Lig. rotundum entlang laufende Processus vaginalis peritonei ist im Leistenkanal verklebt und verschlossen worden; dadurch entsteht im distalen Teil eine Flüssigkeitsansammlung, die Zyste. Sie bildet im oberen Teil der großen Labie einen wurstförmig, prallelastischen, verschieblichen Taubeneigroßen Tumor, der durch sein Auslaufen gegen den Leistenring hin charakterisiert ist.

Von den echten Lipomen sind die Cysten auf Grund ihres typischen Befundes meist unterscheidbar. Da jedoch das Fettgewebe des Lipoms erweichen und sich verflüssigen kann, kommt es oft zu zystenähnlichen Gebilden, den sog. Oelzysten. Es ist verständlich, daß derart veränderte Lipome, die ganz andere Gebilde geworden sind und dadurch auch einen anderen Untersuchungsbefund ergeben, in der Differenzialdiagnose eine besondere Rolle spielen. Gerade bei den Zysten, aber auch bei den anderen differenzialdiagnostisch in Betracht kommenden Gebilden, ist die Bestimmung des Mutterbodens, von dem die Geschwulst ihren Ausgang nahm, oft von erheblicher Bedeutung. Diese Erforschung ist möglich an Hand einer genauen Anamnese über die erste Lokalisation des Tumors und über die Wachstumsgeschwindigkeit; sie kann zur Sicherung der Diagnose und als differenzialdiagnostischer Behelf sehr von Vorteil sein.

Die Unterscheidung des Lipoms gegenüber den malignen Tumoren ist durch die für gutartige Neubildungen charakteristischen Symptome, scharfe Abgrenzbarkeit, Ver-

schieblichkeit, fehlende Drüsenschwellung, keine Metastasen, langsames Wachstum ohne Allgemeinstörungen, meist ohne weiteres zu stellen.

Histologie und Bau.

Für die einwandfreie Identifizierung der Vulvageschwulst ist die nachträgliche mikroskopische Untersuchung des entfernten Tumors unbedingt notwendig, da es neben den Hauptformen auch die Mischformen abzugrenzen gilt. Die Vulvalipome unterscheiden sich im histologischen Aufbau nicht von den an anderen Körperstellen vorkommenden Lipomen. Das typische Gewebe besteht aus Fettzellen und ahmt den Bau des normalen Fettgewebes nach. „Das Wachstum geht von großen Zellen aus, die im jugendlichen Alter fettfrei sind und sich durch Einlagerung und Zusammenfließen von Fettröpfchen in Fettzellen umwandeln, die meist größer sind, als im normalen Gewebe" (Lexer). Die bindegewebige Grundsubstanz durchzieht in Form von Strängen und Zügen das Lipomgewebe und teilt es dadurch in zahlreiche größere und kleinere Lappen ab. Die Oberfläche der Geschwulst überzieht eine Bindegewebskapsel, die mit der Umgebung in lockerer Verbindung steht und die sich zum Teil zwischen die Fettlappen einsenkt. Je nach der Menge der fibrösen Elemente ist dann die Konsistenz und Festigkeit des Tumors; bei Zunahme des Bindegewebsanteiles wird sie vermehrt; die normalerweise weiche Lipommasse fühlt sich dann derber an. Man spricht von weichen und harten Lipomen, oder auch von Lipofibromen und Fibrolipomen. Die Blutgefäßversorgung der Vulvalipome unterscheidet sich von der der übrigen Lipome. Besitzen diese nur verhältnismäßig schwache und spärliche Gefäße, welche von der Unterlage stammend, sich im Zwischengewebe verbreiten, so zeigen die ersteren im Gegensatz dazu meist eine besondere Blutfülle, die wohl durch die starke Durchblutung der Genitalgegend einerseits, als auch durch venöse Stauung in den abhängigen Partien bedingt ist. Es kann dadurch zu so starker Oedembildung kommen, daß man die Flüssigkeit aus aufgeschnittenen Tumoren wie aus einem Schwamm auspressen kann.

Durch Einlagerung von anderen Stützgeweben zwischen die Fettgeschwulst können die mannigfaltigsten Bilder entstehen. Es gibt Angiolipome, bei besonders starker Entwicklung der Blutgefäße im Lipom. Myolipome enthalten Muskelgewebe. Diese beiden Formen sind sehr selten. Dagegen sind Myxolipome meh-

reremale beobachtet worden, wohl weniger in Form der echten Schleimgewebsneubildungen, als vielmehr in Form der schleimigen Degeneration des Bindegewebes. Ein Fibroma lipo-myxomatodes von Mannskopfgröße, in einer Kapsel eingeschlossen, hat Fromme beobachtet. Auf dem Weg über die schleimige Entartung oder durch einfache Verflüssigung kann das Lipom zystisch werden durch Bildung einer ölähnlichen Masse in der Geschwulst, was zur Benennung Ölzyste geführt hat. So einen Fall eines verflüßigten Lipoms beschreibt Opielinski: „Über die Geschwulst ragen scheibenförmige Knöpfe hervor, die sich in den Tumor eindrücken lassen. Die Neubildung besteht vorne mehr aus festen Massen, hinten aus elastisch-zystösen Räumen. Mikr. Diagnose: Myxömatöses Lipom".

Auch eine Verkalkung, die nach Blutung oder Nekrose entstehen kann, und eine Verknöcherung des Lipomgewebes wurde beobachtet (Leopold).

Ätiologie.

„So einfach die Strukturverhältnisse und so gleichförmig das klinische Verhalten dieser im ganzen harmlosen Geschwulstform ist, so dunkel und unverständlich erscheint sie uns hinsichtlich der Ursachen ihrer Entstehung und der Eigentümlichkeit ihrer Lokalisationsweise." (Grosch).
schwulst mit ihrem besonderen Sitz an der Vulva zu erfor-

Dieser Satz enthält alles für das Lipom wichtige und charakteristische in großen Zügen. Das, was von der Fettgeschen war, nämlich die Strukturverhältnisse und das klinische Verhalten, ist im Bisherigen besprochen. Im Folgenden soll das einer näheren Betrachtung unterzogen werden, was uns noch „dunkel und unverständlich" erscheint, nämlich die Ursache der Entstehung des Lipoms und seine Lokalisationsweise. Wenn auch das Endergebnis, was ja Grosch bereits erwähnt,keine Aufklärung schafft, so sei doch all das angeführt, was uns wenigstens einen Fingerzeig in Richtung einer Erkenntnis geben kann. Die Aetiologie der Vulvalipome ist letzten Endes nicht geklärt. Über Vermutungen, die aus klinischen Beobachtungen hervorgegangen sind und über Theorien, ist man bei der Ursachenforschung nicht hinaus gekommen. Die maßgebendsten und wahrscheinlichsten Annahmen seien hier besprochen:

1. Traumatische und entzündliche Einflüsse als Ursache der Lipombildung werden vielfach angenommen. Ihr bedeutendster Fürsprecher ist Virchow, der eine traumatische Genese der Vulvalipome durchaus für

möglich hielt. Es gibt wohl einige Fälle in der Literatur, die eine solche Möglichkeit bestätigen, in der Weise nämlich, daß nach starken Kontusionen der äußeren Genitalien Lipome der Vulva auftraten. Die Frauen sind auf einen harten Gegenstand aufgefallen, ev. sogar im Reitsitz und nach kürzerer oder längerer Zeit bemerkten sie eine Anschwellung an einer Schamlippe. Die Anamnese der in der hiesigen Klinik operierten Patientin ist dafür charakteristisch. Auch der Fall von Carmalt ist ein Anhaltspunkt für diese Theorie. Wie Grosch meint, ist tatsächlich der kausale Zusammenhang zwischen Lipombildung und einer vorausgegangenen traumatischen Einwirkung manchmal gegeben; allerdings spielt diese Entstehungsursache doch eine untergeordnete Rolle, denn wie man sieht, sind solche Fälle relativ selten. Untentschieden bleibt dabei freilich die Frage ob diese mechanische Einwirkung als die unmittelbare Ursache aufzufassen ist, oder ob jenem Moment mehr die Bedeutung einer Gelegenheitsursache beizulegen ist. Eine solche Gelegenheitsursache könnte dann auch z. B. in einer Schwangerschaft zu sehen sein. Für die erste Möglichkeit — Geschwulstbildung als direkte Folge der mechanischen Einwirkung — spricht sich Virchow aus. Eine vermittelnde Stellung nimmt die Theorie ein, die einen besonderen Zustand krankhafter Verletzbarkeit der Gewebe — sei er angeboren oder erworben — als notwendig voraussetzt, der den geeigneten Boden für eine Neoplasmen-Bildung abgibt, sobald eine äußere Schädlichkeit einwirkt.

Nahe verwandt mit dieser Theorie der traumatischen Entstehungsmöglichkeit der Lipome ist diejenige, die den entzündlichen Einflüssen eine maßgebende Rolle in dieser Beziehung einräumt. Auch dafür sprechen einige Beispiele von den angeführten Fällen. Die Patientinnen hatten zuerst in einer Schamlippe einen Furunkel gehabt; dann ist dort ein Knötchen und schließlich die Geschwulst entstanden. Der Fall von Gironcoli und der von Ulrich sind dafür Beweise. Ulrich lehnt allerdings die ursächliche Beziehung ab und meint, der anamnestisch angegebene Furunkel ließe die Patientinnen auf einen frisch entstandenen Tumor wohl erst aufmerksam werden. Andere Autoren dagegen erkennen Reizwirkung als Gelegenheitsursache für Lipombildung durchaus an.

2. Daß eine angeborene Anlage zu Lipombildung vielfach vorkommt, ist sicher. Nach der Cohnheimschen Lehre handelt es sich hierbei um eine Geschwulstwucherung, die von Zellen ausgeht, welche im embryonalen oder auch noch im extrauterinen Leben aus ihrem

organischen Zusammenhang gelöst und versprengt worden sind. Diese Theorie könnte somit den von Quénu beschriebenen Fall (XVIII) eines angeborenen Lipoms erklären, indem sie dieses auf eine angeborene Anlage zurückführt. — Parker berichtet von einem Vulvalipom, das schon seit Kindheit bestanden hätte; auch dieser Fall kann also für die Cohnheim'sche Theorie ins Feld geführt werden. Ebenso scheint die Tatsache, daß angeborene Lipome nicht selten mit anderweitigen kongenitalen Störungen vergesellschaftet sind, dieser Theorie recht zu geben. So haben wir in der zuerst erwähnten Krankengeschichte (Quénu) das gleichzeitige Bestehen eines Angioms; in der zweiten (Parker) das Vorhandensein einer Mißbildung, nämlich einer Hasenscharte.

Aber wenn man die Zahl der Fälle betrachtet, die aus diesen Gesichtspunkten heraus zu enträtseln sind, so finden wir ebenfalls wieder, daß es zu wenige sind, als daß man die geschilderte Anschauung verallgemeinern könnte. Die Mehrzahl der Vulvalipome harrt trotzdem noch der Deutung ihrer Entstehungsursache.

Als 3. wesentliches Moment zur Klärung der Vulvalipomgenese ist die Erblichkeit und die Disposition zu berücksichtigen. Die Annamnese, die hierfür wertvolle Aufschlüsse geben sollte, läßt uns leider ganz im Stich. Aus den Erzählungen der Patientinnen ist kein Fall bekannt, daß ein Lipom der Vulva sich von der Mutter auf die Tochter fortgeerbt hätte. Während die Vererbung von Lipomen an anderen Körperstellen nicht so selten ist.

Zu den prädisponierenden Momenten sind folgende drei Faktoren als die wichtigsten zu rechnen: Das Alter, die Lebensweise und die Konstitution.

Hinsichtlich des Alters kann man wohl feststellen, daß die Kinder ziemlich verschont sind; weitaus die meisten Erkrankungen weisen die mittleren, zum Teil auch noch die höheren Altersklassen auf. Twambly glaubt ein Vorzugsalter zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr annehmen zu können. An Hand der Übersichtstafel über alle Vulvalipom-Fälle ist das allerdings nicht zu bestätigen. Die Entstehung der Geschwülste liegt in der Mehrzahl der Fälle in dem Zeitabschnitt vom 20. bis zum 50. Jahr regellos verteilt. Ein Unterschied zwischen Multi- und Nulliparen läßt sich in Bezug auf die Häufigkeit der Vulvalipome ebenfalls nicht feststellen. Es liegt der Gedanke nahe, daß nach der Menopause bei zunehmendem Fettansatz eine Lipombildung, wie sie tatsächlich am übrigen Körper oft festzustellen ist, auch am Genitale häufiger würde. Das findet aber, wie

die Fälle beweisen, durchaus nicht statt. In dem einzigen Bericht von Koch ist angegeben, daß ein schon vorher bestehendes Lipom der Vulva im Klimakterium plötzlich gesteigertes Wachstum gezeigt habe; doch ist damit natürlich nicht bewiesen, daß das Klimakterium die Ursache dieses so häufig auftretenden plötzlichen Wachstums ist.

Eine Tatsache verdient hier noch der Erwähnung, nämlich die, daß im Sudan bei den Frauen oft an den äußeren Genitalien — aber auch bei Männern — ausgedehnte Lipome gesehen werden. Eine Erklärung hiefür steht aus. Jedenfalls dürften hier bereits konstitutionelle Momente mit hereinspielen. Wir kommen somit auf die Frage der Konstitution und der Lebensweise und ihren Einfluß auf die Entstehung von Vulvalipomen. Daß dicke Frauen mehr zur Lipombildung neigen ist wohl sicher und daß eine sehr fettreiche Ernährung in gleicher Richtung wirkt, hat schon Virchow hervorgehoben. — Kehrer ist der Ansicht, daß die Bildung von Lipomen mit Störungen im Lipoidstoffwechsel in Zusammenhang zu bringen sei. Dafür sprechen mehrere Fälle, bei denen außer einem Lipom des Genitale zugleich Lipome an anderen Körperstellen vorhanden waren, sodaß man eine allgemeine Ursache annehmen kann; und Grosch spricht von einer „streng lokalisierten Obesitas" bei den Lipomen, die der ganzen Ökonomie des Stoffwechsels zur Last zu legen sei.

Wie gleichzeitig im Zusammenhang mit einer allgemeinen Stoffwechselstörung als Ursache der Lipombildung die spezielle, nicht recht durchsichtige Lokalisation und Anordnung dieser Tumoren zu erklären ist, sei im Folgenden noch kurz dargestellt: Auf Grund seiner interessanten und aufschlußreichen Untersuchungen kam Grosch zu folgendem Endergebnis: „Die Lokalisation aller Lipome wird bestimmt von dem relativen Drüsengehalt der verschiedenen Hautgebiete, indem die Disposition zur Geschwulstbildung in einem umgekehrten Verhältnis zum Drüsenreichtum steht".
Das bedeutet für die hier besprochene Lipombildung an der Vulva, daß dank der überaus reichlichen Drüsenversorgung des äußeren weiblichen Genitale, dieses sehr wenig zur Lipombildung neigt. Auf Grund dieser Feststellung wird uns das eingangs erwähnte merkwürdig seltene Auftreten der Vulvalipome trotz des großen Fettreichtums dieser Gegend klar und nicht mehr so verwunderlich erscheinen.

Überblicken wir rückschauend noch einmal das über die Vulvalipom-Ätiologie Gesagte, so müssen wir feststellen, daß die zahlreichen angeführten Möglichkeiten und Erschei-

nungen über die Ursachenforschung sich noch nicht zu einem einheitlichen Ganzen zusammenfassen lassen. Manches läßt sich vermutungsweise deuten, einiges als wahrscheinlich feststellen, anderes ist nur hypothetisch zu erklären, jedoch die Tatsachen auf Grund einer exakten Beweisforschung fehlen leider noch.

Therapie.

Ist es vom Standpunkt der Wissenschaft aus bedauerlich, daß wir über diese sonst so scharf umrissene Erkrankung in Bezug auf ihre Entltehung noch im Unklaren sind, so ist es doch vom Standpunkt des Arztes als Therapeuthen um so erfreulicher, daß das Wichtigste jeder Erkrankung, ihre Heilung, in diesem Fall absolut einwandfrei und klar vorgezeichnet ist.

Die Therapie der Vulvalipome besteht in der operativen Ausschälung und ist meist ohne Schwierigkeit auszuführen. Gestielte Lipome werden nach ihrer Unterbindung einfach abgetragen, was in Lokalanästhesie geschehen kann. Sitzen die Tumoren in der Tiefe, so wird die Haut über ihnen gespalten, wenn möglich stets an der Außenseite der großen Labien und die Geschwulst stumpf ausgeschält, eventuell der Fortsatz in den Leistenkanal unterbunden und durchtrennt. Als Komplikation können während des Eingriffes stärkere Blutungen auftreten, besonders dann, wenn wie erwähnt, das Lipom seinen Ursprung in der Tiefe des Beckens nimmt, im paravaginalen Gewebe oder in der fossa ischiorectalis. Die exakte Blutstillung, die dann durchzuführen ist, ist für den ungestörten Heilungsverlauf unbedingt erforderlich.

Die Gefahr der Verletzung von Nachbarorganen (Urethra, Harnblase etc.) muß natürlich Anlaß zum genauesten Arbeiten sein, ebenso wie die erhöhte Infektionsgefahr die peinlichste Asepsis bei der Operation verlangt.

Gefährliche Komplikationen während der Operation der Vulvalipome sind bisher ebensowenig beobachtet worden, wie Fälle mit schlechtem Ausgang oder das Auftreten von Rezidiven.

Prognose.

Die Prognose darf also bei rechtzeitiger Extirpation als günstig gestellt werden. Sind die Geschwülste durch Ulcera sekundär verändert, so hängt die Prognose natürlich von deren Ausmaß und Befund und von dem körperlichen Allgemeinzustand der Patientin ab. Wie überall bei chirur-

gischen Eingriffen, so gilt auch hier die Regel, je früher der Eingriff ausgeführt wird, umso geringer sind die Gefahren und umso besser die Aussichten auf rasche und völlige Genesung.

Zur besseren Veranschaulichung und Verdeutlichung der Vulvalipomerkrankung sind im Folgenden neben einem an der II. Gynäkologischen Klinik beobachteten Fall, weitere besonders charakteristische und interessante Fälle im Auszug geschildert. Sie sollen dazu beitragen, einen klaren Begriff von dem Krankheitsbild zu vermitteln und sollen ferner zur Ergänzung der oft nur kurz gestreiften Fälle innerhalb der Schilderung dienen.

Zum Zwecke der allgemeinen Orientierung und des umfassenden Überblicks folgt zum Schluß noch eine Zusammenstellung aller veröffentlichten Vulva-Lipomfälle, wobei auch ausländische Autoren, soweit ihre Publikationen erreichbar, mitaufgeführt sind.

III. Ein in der II. Gynäkologischen Klinik beobachteter Fall.

34jährige Pat. A. F. aufgenommen am 15. 6. 32., entlassen 24. 6. 32.

Anamnese: Die Pat. gibt an, niemals ernstlich krank gewesen zu sein. Die erste Menstruation hatte sie mit 11 Jahren; weiterhin im Cyklus von 24 Tagen, von regelmäßigem Typus. Die Dauer betrug 6—7 Tage und die Blutung war immer stark. Letzte Periode am 10. 6. 32. Pat. hat zwei Schwangerschaften durchgemacht. Von dem einen Kind wurde sie durch Sektio entbunden; das Kind lebt. Die zweite Gravidität kam im 3. Monat durch Fehlgeburt zum Abbruch.

Die Familienanamnese ist ohne Belang; Eltern und 2 Geschwister sind gesund.

Allgemeiner Status: Mittelgroße Pat. in gutem Ernährungs- und Kräftezustand; die Reflexe reagieren normal. Die Untersuchung des übrigen Körpers ergab keinerlei anormalen Befund.

Jetzige Erkrankung: Vor 1½ Jahren fiel die Pat. unglücklich, wobei die Beine stark gespreitzt wurden. Pat. hatte damals das Gefühl, als ob etwas in der Genitalgegend gerissen sei. Nach etwa 6 Wochen stellte die Pat. eine Schwellung an der linken großen Schamlippe fest. Die Schwellung wurde nun allmählich ganz langsam größer

und wuchs bis zu einer Größe, daß der Pat. dadurch Beschwerden verursacht wurden. Sie fühlte sich in ihrer freien Beweglichkeit behindert und auch das Gehen war infolge des ständigen Druckes und der Reibung mit starken Unannehmlichkeiten verbunden. Schmerzen hatte die Pat. dabei nicht. Durch das Wachstum wurde die Haut über der Geschwulst prall gespannt, glänzend bläulich verfärbt und die Kranke hatte Angst „die Geschwulst könne platzen". Der konsultierte Arzt wies die Pat. in die Klinik ein, war sich aber über den Tumor nicht ganz schlüssig. Er schwankte zwischen der Diagnose cystischer Tumor oder Labialhernie.

Das Allgemeinbefinden der Pat. war durch die ständigen lästigen Beschwerden und durch eine Gewichtsabnahme von 10 Pfund im letzten Halbjahr, ziemlich beeinträchtigt. Blasen- und Stuhlfunktion waren nicht gestört.

Befund: Am linken Labium majus wölbt sich ein ca. gänseeigroßer Tumor vor. Die Haut ist prall gespannt, glänzend, livide verfärbt, zeigt aber im übrigen normales Aussehen. Die Verwölbung erscheint gegen die Umgebung deutlich abgesetzt. Die Palpation ergibt eine in kleinen Falten abhebbare Haut die Oberfläche der darunterliegenden Masse ist nicht ganz glatt, zum Teil Vorsprünge und Einziehungen aufweisend. Es scheint sich demnach vielleicht um einen cystischen, mehrklammerigen Tumor zu handeln. Die Grenzen gegen die Umgebung sind scharf, das Verhältnis zur Unterlage ist ein lockeres. Die Geschwulst läßt sich darauf bewegen. Ein Stiel ist nicht fühlbar. Die Beschaffenheit des Gebildes ist cystisch-weich, pseudofluktuierend; ferner besteht das Gefühl der Krepitation. Der Bruchring ist nicht erweitert, der Versuch der Reposition mißlingt. Die regionären Lymphdrüsen sind nicht vergrößert.

Die Diagnose lautet auf ein zum Teil cystisch-entartetes Lipom.

Die Operation erfolgte in Form der Ausschälung. Der postoperative Verlauf gestaltete sich vollkommen komplikationslos. Die Wunde verheilte per primam, das Labium war nach einigen Tagen noch etwas verschwollen. Die Pat. konnte am 24., also nach 8 Tagen als geheilt entlassen werden und bekam für daheim Anweisung zu Sitzbädern.

Die mikroskopische Kontrolle des Tumors bestätigte die gestellte Diagnose.

IV. Die interessantesten Fälle aus der Literatur.

Fall I.

Maximow, Warschau: (Deutsche Med. 1905. S. 1074)

19jährige ledige Pat. war mit einer riesigen Geschwulst birnenähnlicher Form behaftet, die mit einem Stiel von dem rechten Labium majus und dem Mons veneris ihren Ausgang nahm; sie war frei beweglich und reichte bis zu den Knieen. Der Stiel war 10 cm lang und 4 cm dick. In der Tiefe des Stiels konnte man einzelne Stränge (Gefäße?) fühlen. Die Geschwulst war von weicher Konsistenz und gelappt anzufühlen. Die bedeckende Haut zeigte einige kleine Geschwüre . Unter der Haut war das Venennetz deutlich entwickelt. Stellenweise sah man große Venen durchschimmern. Die Pat. gab an, die Geschwulst sei während einiger Jahre gewachsen. Sonst ist Pat. immer gesund gewesen. Eltern und Verwandte hätten nie ähnliche Geschwülste gehabt. Die Kranke kommt zur Operation, da die Schwere der Geschwulst sie belästigt und verunstaltet.

Operation: Mit 2 ellipt. Schnitten umschrieb Verf. die Basis des Stils auf der ganzen rechten gr. Labie und entfernte die Geschwulst mitsamt der Wurzel, welche aus Fettgewebe bestand. Bei diesem Eingriff wurden einige Gefäße, welche sofort unterbunden wurden, durchschnitten. Die Ränder der ovalen Wunde wurden einander genähert und durch fortlaufende Naht vereinigt. Heilung p. p.

Gewicht des Tumors 8 Pfund. Lipoma verum mit deutlicher Lappung.

Fall II.

Morel. (Zbl. Gyn. 1907. 31,27.)

Großes Lipom des Labium majus.

25jährige Frau, war seit ihrer Jugend mit dem großen Tumor des rechten Labium majus behaftet. Sie war verheiratet und hatte 1 mal geboren. Koitus und Geburt waren durch den Tumor nicht behindert. Da der Tumor seit einigen Monaten zugenommen hat, kommt Pat. zum Verf. um sich den Tumor entfernen zu lassen.

Befund: Der Tumor ist nicht druckschmerzhaft, weich, von unregelmäßiger, rauher Oberfläche, unverschieblich, seiner Unterlage breit aufsitzend. Er geht von der link. gr. Labie aus, bedeckt den Scheideneingang völlig und hat die Größe einer Faust. Nach seiner operativen Entfernung erweist er sich mikroskopisch als Lipom, ganz vereinzelt durchzogen von Bindegewebsbalken.

Fall III.

Shewmann. (Jahresber. 1921, 154.)

Labial Lipoma.

Bei einem 18jährigen Mädchen, das an Abmagerung, hoher Pulsfrequenz litt und wegen seiner starken Beschwerden schon verschiedene Ärzte konsultiert hatte, wurde durch die Mutter beim unerwarteten Eintreten ins Badezimmer eine große Geschwulst am rechten Labium majus entdeckt. Es handelte sich um ein gestieltes 26½ Pfund schweres Lipom, das sich leicht abtragen ließ. Operation. Heilung.

Fall IV.

Capelle. (Schmidts Jahrb. 1860. 106. S. 184)

Enormes Lipom der großen Schamlippe und des Perineum.

Bei einer 30jährigen stets gesunden Bäuerin war seit 10 Jahren, kurz nach ihrer Verehelichung, die rechte große Labie nach und nach

so groß gewachsen, daß sie schließlich die ganze Partie von der Symphyse bis zum After einnahm und herab bis an die Kniee reichte. An ihrer Insertion und zwischen den Schenkeln war sie abgeplattet; sie hatte die Größe des Kopfes eines Erwachsenen, 33 cm Länge und 50 cm Umfang. Der Tumor war weich, elastisch, nicht reponierbar, bei Druck nicht schmerzhaft und nicht fluktuierend. Die bedeckende Haut war normal und nur an der unteren Spitze ulceriert. Da Verfasser außer einem lipomatösen Tumor alle anderen Geschwülste ausschließen konnte, wurde die Operation vorgenommen: Schnitt in einer Linie von der Symphyse bis zum After und zwar, um Haut zu sparen, mit der Konvexität nach vorn. Beide Schnittenden wurden mit einem 2. Schnitte an der äußeren Seite verbunden und die von ihrer Bedeckung entblöste Geschwulst entfernt. Die mittels einiger Nähte vereinigte Wunde heilte innerhalb von 5 Tagen vollständig.

Fall V.

Lovelace William. (Gyn. Jber. Bd. 1, S. 212.)

Fibrolipom of left labium majus.

Sehr großes, vom linken Labium majus ausgehendes Lipom, bei einer 40jährigen aus Neu-Mexiko stammenden Frau. Das Lipom hatte die ausgesprochene Gestalt einer Schürze, die von der Vulva bis zur Mitte der Unterschenkel herabhing. Das Lipom wog 20 kg, hatte sich in 3½ Jahren zur bestehenden Größe entwickelt und verursachte außer der natürlichen räumlichen Belästigung beim Gehen und Arbeiten, keine Schmerzen. Auch sonst war Pat. gesund. Entfernung des Lipoms ohne Schwierigkeit. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Fibrolipom.

Fall VI.

Gironcoli Franco. (Gyn. Jber. 1. 456)

Fibrolipom.

23jährige Pat. bei der vor 4 Jahren ohne nachweisbare Ursache eine Rötung und Schwellung des rechten Lab. majus auftrat. Unter Salicylwasserumschlägen gingen Rötung und Schwellung zurück, an ihrer Stelle bildete sich aber eine nußgroße Geschwulst, die zunächst keine Beschwerden machte. Erst im letzten Jahr fing sie an, zunächst langsamer, dann schneller zu wachsen und da Pat. gezwungen war, viel Rad zu fahren, war sie sehr behindert. 14 Tage vor Eintritt in die Klinik war an der tiefsten Stelle der Geschwulst auch ein Ulcus aufgetreten. Die Untersuchung ergab eine gestielte, kindskopfgroße Geschwulst des rechten Labium majus. Sie wurde durch ovaläre Umschneidung des Stieles entfernt; der Stiel war 3 cm lang und an seiner Basis 6 cm dick.

Tumor: 12 cm lang, 500 gr schwer, Umfang 34 cm.

Mikrosk.: Fibrolipom.

Fall VII.

Koch. (Gräfe und Walthers J. 24., 308.)

Über eine große Fettgeschwulst in der Labie und ihre Auswirkung. 53jährige Pat., robust, von jeher zur Fettbildung geneigt, erinnert sich in ihrer Kindheit einen Furunkel an der rechten Labie gehabt zu haben. Sonst war Pat. immer gesund. Menses o. B. 7 Kinder. Bald nach der 7. Geburt entdeckte sie an der rechten Labie eine kleine Geschwulst, schmerzlos und weich anzufühlen, die allmählich größer wurde. Nach 8 Jahren Menopause; anfänglich ohne Beschwerden. Bald bemerkte jedoch die Pat., daß die Geschwulst auffallend rasch wuchs; insbesondere fühlte sie deutlich, daß jedesmal am An-

fang des Monats bei vermehrter Wärme der Geschwulst und unter merklichem Pulsieren derselben diese an Ausdehnung sichtlich gewann. Auch an den übrigen Körperteilen wurde der Ansatz des Fettes in gleichem Verhältnis stets bedeutender.

Die Geschwulst wurde der Pat. durch das Gewicht lästig. Jedoch erfolgte noch keine ärztliche Konsultation, da sie es vor ihrem Mann verbergen wollte. Da aber die Geschwulst immer stärker zunahm und auf 12—14 Pfund wuchs und bis an die Kniee reichte, so beschloß die Pat. sich selbst von der Geschwulst zu befreien. Sie legte um den oberen Teil der Geschwulst ein Bändchen und schnürte dieses so fest wie möglich zusammen. Hierauf schnitt sie mit dem Rasiermesser ihres Mannes ungefähr in der Mitte der Geschwulst ein und trennte mit mehreren Messerzügen etwa die Hälfte der Geschwulst ab. Es setzte eine heftige Blutung ein und nach Stunden fand man die Frau erschöpft im Blut liegend. Die Blutung wurde durch kaltes Waser zum Stehen gebracht und erst am nächsten Tag der Arzt gerufen.

Befund: Von der rechten großen Labie hing bis zur Mitte des Oberschenkels der Rest einer Geschwulst, welche oben als unmittelbare Verlängerung der Labie schmaler erschien, nach unten zu aber breiter wurde; sie war mit einer Fortsetzung der äußeren Haut bedeckt, in welche nach innen und oben die Schleimhaut der inneren Seite der Labie überging; denn durch das Gewicht der Geschwulst herabgezogen, hatte sich diese innere Haut so ausgedehnt, daß sie 3—4 Querfinger lang herabreichte und daß, obgleich zur äußeren Haut geworden, dennoch die Grenze zu unterscheiden war. Nach unten bot die Masse eine unebene Wundfläche, aus welcher fettartige Flüssigkeit sickerte.

Operation: An der Basis der Geschwulst wurden 2 halbmondförmige Schnitte geführt und der Stiel abgelöst. Die Pat. fühlte sich nach der Operation von der Last befreit und sehr erleichtert.

Die ganze Geschwulst bestand aus einer gleichmäßigen Fettmasse von derber Konsistenz, es war also ein Lipom.

Fall VIII.

Müller. (Berl. kl. Wschr. 1881. S. 447)

Fibrolipom.

Angeblich entstand nach einem Abort vor 7 Jahren, der mit starker Blutung verbunden war, ein kleiner Knoten an der rechten Seite der Genitalien, der allmählich wuchs. Die Untersuchung ergab am rechten Labium majus ein gut birnengroßes, schlaffes, mit Haaren besetztes Gebilde an einem Stiel herabhängend. Die überziehende Haut war runzelig und dunkler pigmentiert. Die ganze Masse weich, die Verbindung derselben mit ihrer Basis sehr locker und schlaff. Die Haut sehr gefäßreich. Die Bruchpforten geschlossen, Leistendrüsen nicht infiltriert.

Operation: Ohne Narkose wird die Geschwulst mit einem dicken Seidenfaden dicht an der Basis fest abgeschnürt und darüber mit dem Messer abgetragen. Der Stumpf wird auf der Schnittfläche mit Liq. ferri sesquichlor. geätzt, worauf die Pat. nach Hause geht. Die Nachuntersuchung ergab die glatte Heilung innerhalb von 8 Tagen.

Diagnose: Molluscum pendulum. Die Geschwulst war 8 cm lang und der Umfang an der dicksten Stelle 8½ cm.

Mikrosk. Befund: weitmaschiges bindegewebiges Netz, welches spärlich dünne Gefäßschlingen mit sich führt und viel Fett enthält. Letzteres Gebe besteht aus Zellen von außergewöhnlicher Größe.

Fall IX.

Stiegele. (Schmidts Jb. 1857. S. 315)

Monströse Fettgeschwulst der l. Labie.

Der Verfasser vollzog an einer 30jährigen Frau die Extirpation einer mit breiter Basis der linken großen Labie aufsitzenden Fettgeschwulst.

Präparat: Gewicht von 10 Pfund. 55 cm lang, 15 cm breit, 13 cm dick.

Struktur: Die Epidermis war im allgemeinen hypertrophisch, an einigen Stellen narbenartig eingezogen, in der Mitte und vorne mit einem Nabel versehen. Die Maschen des Unterhautzellgewebes waren auseinandergezogen und in dasselbe weißlich-graues Fett abgelagert, das in den äußeren Schichten fester und derber, gegen das Zentrum der Geschwulst weich, zerfließend und mit Serum vermengt war. Die Fettmasse war nirgends von einer zelligen Hülle bekleidet, auch nicht durch hindurchziehendes interstitielles Zellgewebe in Lappen geformt und unterschied sich insofern etwas von einem eigentlichen Lipom. Die Geschwulst stellte sich eher als eine echte monströse Hypertrophie des linken Labium majus dar. Sie hatte in einem Zeitraum von 6 Jahren die beschriebene Größe erlangt.

Fall X.

Neumann. (Zbl. Gyn. 1928, Nr. 52, 2034.)

Ein Fall, dessen Anamnese ein Kuriosum und dessen Befund für uns heute eine Rarität darstellt.

67jährige Pat. sucht die poliklinische Sprechstunde auf mit der Bitte, ein kleines eitriges Geschwür, welches auf einem Knoten in der rechten Leiste schon seit 2 Monaten vorhanden wäre zur Abheilung zu bringen, da die Wäsche stark beschmutzt und naß würde und auch sonst die wunde Stelle ihr unangenehm sei.

Pat. hatte 6 mal geboren und befand sich seit dem 50. Jahr in der Menopause. Sie gab ferner an, daß sie stets gesund gewesen sei und Haus- und Feldarbeit gut verrichten könne.

Wir waren nicht wenig überrascht, als sich bei der Betrachtung des äußeren Genitales ein ganz anderes Bild darbot, als wir es aus der einfachen Schilderung erwarten durften. Das Knötchen in der rechten Leiste entpuppte sich als ein fast kindskopfgroßer Tumor, der an einem 4 cm breiten, und 10 cm langen Stiel hing und eine Geschwulst der rechten großen Labie darstellte.

Größe des fast kugeligen Tumors 12 : 11 : 11. Der Stiel, der nichts anderes darstellte, als das durch die Eigenschwere der Geschwulst (900 gr) lang ausgezogene rechte Labium, war noch leicht behaart und zeigte deutliche Gefäßstränge (Venenzeichnung). Die Haut der großen Labie umgab den ganzen Tumor wie ein Tragsack, sie ließ sich vollkommen verschieben und in Falten abheben, sodaß also die Geschwulst selbst nicht mit der Haut in ursächlichem Zusammenhang stand. Die Haut war derartig stark gedehnt, daß die Haarscheiden große Vertiefungen darstellten. Haare fehlten vollkommen. Über die ganze Geschwulst war die Haut weiterhin eigenartig fleckig-bräunlich pigmentiert. Am unteren Pol befand sich ein markstückgroßes, schmierig belegtes, von einem roten Hof umgebenes Dekubitalulcus. Berührung und Betastung des Tumors waren nicht schmerzhaft. Seine Konsistenz war eigenartig weich. Vereinzelte härtere, knollige Gebilde ließen sich durchpalpieren. Mit dem Stiel stand die Geschwulst selbst nicht in Verbindung, sodaß sie

also keinerlei Beziehung zum Leistenkanal hatte. Durch die Schwere der Geschwulst war das spärlich behaarte und senil atrophische äußere Genitale etwas verzogen. Die Vulva klaffte, sodaß die blasse vordere und hintere Scheidewand in geringem Umfang sichtbar waren.

Bei der stehenden Pat. sah man eine hängende pendelnde Geschwulst, die bis 3 cm oberhalb des oberen Kniescheibenrandes reichte. Der Allgemeinstatus und das innere Genitale boten keinen weiteren krankhaften Befund dar.

Die nun nochmals eingehend aufgenommene Anamnese stellte in der Tat ein Kuriosum dar. Pat. gab auf eindringliches Befragen an, daß diese Geschwulst, — das Knötchen wie sie es nannte — schon seit 17 Jahren bestehe, damals allerdings war es nur ein bohnengroßes Knötchen; aber schon nach 5 Jahren hatte der Tumor Apfelgröße erreicht und hing zwischen den Oberschenkeln. Da keinerlei Schmerzen bestanden und vor allen Dingen der Ehemann sich an die Geschwulst gewöhnt hatte, suchte Pat. niemals einen Arzt auf. Unter ständigem Wachstum hatte der Tumor nunmehr die betreffende Größe erreicht, ward immer mehr gestielt, sodaß sich Pat. des Tumors als Sitzkissen bediente. Seit 1 Jahr aber war der Stiel so lang und der Tumor so groß, daß ihr dieses Sitzkissen zu unbequem wurde und auch beim Sitzen der Tumor nun nach abwärts hing. Dies empfand sie als etwas Ungewohntes und Lästiges. Seit 2 Monaten bemerkte sie das Geschwür am abhängenden Pol. Vor 14 Tagen suchte sie ihren Hausarzt auf, der sie uns zur Behandlung überwies. Pat. stellte nun das Ansinnen an uns, dieses eiternde Geschwür zur Abheilung zu bringen. Unser Vorschlag, die Geschwulst zu entfernen, wurde abgelehnt, da der Mann dagegen sei. Als ich nun den Wunsch aussprach, den Ehemann deswegen selbst zu befragen, war ich nicht wenig erstaunt, als die Pat. mir antwortete, daß ihr Mann bereits 7 Jahre tot sei. Trotzdem aber wollte sie sich aus Anhänglichkeit an ihren verstorbenen Mann nicht operierern lassen, da er immer gegen die Operation war. Auf gütiges Zureden hin erst und bes. nach Rücksprache mit ihrem erwachsenen Sohn, durfte der Eingriff vorgenommen werden. — In Lokalanästhelie war es leicht, den Tumor abzutragen. Pat. konnte nach 12 Tagen vollkommen geheilt entlassen werden, wobei sie mir aber versicherte, daß sie das Gefühl habe als ob ihr etwas fehle und sie sich erst an das Fehlen der Geschwulst gewöhnen müsse. — Am abgesetzten Tumor fällt sofort auf, daß die Haut nach der Entspannung zusammengeschrumpft ist und noch lockerer den Tumor umgibt. Erst nach gründlicher Fixierung in 10 % Formollösung wird er aufgeschnitten. Die Geschwulstmasse wölbt sich sofort auf der Schnittfläche halbkugelig vor, sodaß man sie ohne Schwierigkeit hätte ausschälen können. Die Schnittfläche war eigenartig speckig. Glasige Portionen wechselten mit derben, weißen, streifigen Anteilen ab; dazwischen fanden sich gelbe Inseln von Stecknadelkopf- bis Haselnußgröße eingelagert. Sehr derb waren die weißen Anteile, weniger derb die gelben Knoten, das übrige Gewebe war eigenartig weich und schwappend. — Mikroskopisch erwiesen sich die einzelnen Gewebsarten als hauptsächlich aus Bindegewebe und Fettzellen bestehend. In den oberen Tumorschnitten herrschte der Bindegewebeanteil vor, dessen gesamter Aufbau an manchen Stellen durch Lymphstauung ödematös aufgelockert war. An den übrigen Abschnitten beherrschten die lipomatösen Anteile das mikrosk. Bild.

Somit Diagnose: Fibrolipom. (Da Mucinreaktion neg. war, kann nicht von myxomatösem Bindegewebe gesprochen werden).

Fall XI.

Buckner. (nach Kehrer) 1843.

Fibrolipom.

Bei einer 25jährigen Pat. wurde rechts im Unterbauch eine große weiche unbewegliche Geschwulst festgestellt. 4 Jahre später erschien ein anderer weich-elastischer Tumor in der rechten großen Labie, der sich bis zum Gesäß erstreckte und in das Becken zurückgedrängt werden konnte. Die beiden Geschwülste wurden 8 mal punktiert oder incidiert, ohne daß sich jemals Flüssigkeit entleerte. Die Beschwerden waren so außerordentlich stark geworden, daß die Pat. lange Zeit fast nur auf den Händen und Knieen liegen konnte. Der Abdominal-Tumor hing über die Schenkel bis zu den Knieen herab. 1 Jahr später 2. Gravidität und operative Entbindung von einem toten Kind. Nach 2 weiteren Jahren war die Geschwulst so enorm geworden, daß sie bei der 269 Pfund wiegenden Pat. auf 180 Pfund geschätzt wurde. 3 Jahre später Tod im Alter von 37 Jahren. Die Geschwulst, welche im Damm, der Vulva, im ganzen kleinen Becken und der Bauchhöhle angehörte, war so groß, daß die Tote erst in den Sarg gelegt werden konnte, nachdem der äußere Tumor von dem Arzt abgeschnitten worden war. Dabei zeigte sich in der zurückgebliebenen, extraperitoneal liegenden Beckengeschwulst eine Höhle, in welche der Vorderarm bis zum Ellbogen eingeführt werden konnte. Fibrolipom.

Fall XII.

Balls-Headly. (Melbourne Zbl. 1890, 50, 896.)

Lipom der großen Labie und der benachbarten Teile.

51jährige Pat. hat ihre Mutter, deren Vater und 2 Schwestern, sowie eine eigene Schwester an Ca verloren. In der 1. Labie in der Gegend der Bartholinschen Drüse sitzt ein enteneigroßer Tumor, die Haut darüber ist etwas gespannt und entzündet. Durch eine Einschnürung getrennt hängt mit ihm ein 2. bananengroßer Tumor zusammen, der die 1. Seite der Scheide einnimmt und so hoch hinaufreicht, daß der Muttermund für den Finger nicht erreichbar ist. Ein 3. Teil des Tumors, ebenfalls durch eine Furche getrennt, etwa 10 cm im Durchmesser, rundlich, liegt über dem linken Ischium, mit zahlreichen dilatierten Venen in der bedeckenden Haut. Der 1. Tumor täuschte fast eine Labialhernie vor und erstreckte sich, wie sich bei der Extirpation ergab, fast bis an den Abdominalring. Am 3. Teil saßen zahlreiche gleichsam gestielte Nebentumoren, die die Enukleation sehr erschwerten. Drainage, glatte Heilung.

Elemente: Fett, Bindegewebe.

Fall XIII.

Urich, (Zbl. 1925. Nr. 8. S. 416.)

Lipom der großen Labie, ausgehend vom Imlachschen Fettkörper.

46jährige Pat., mittelgroß, etwas fettsüchtig von blühendem Aussehen. Familien- und persönliche Anamnese o. B. Vor 7 Jahren litt Pat. an Pyodermien und Furunkulose. Außer an Armen und Beinen bemerkte sie damals einen kleinen Furunkel des linken Labium majus. Dieser heilte ohne Incision und ohne durchzubrechen, nur bemerkte die Pat. an der Stelle, an der er gesessen, ein Knötchen von Bohnengröße in der Tiefe. Das machte nie Schmerzen, hinderte den Koitus nicht, vergrößerte sich aber bis gut Eigröße und führt die Pat. deshalb ins Spital.

Befund: Behaarung normal. Rechtes Labium majus normal entwickelt. Das linke ist überdoppelt so groß, die Haut darüber normal. Im In-

neren der Labie fühlt man einen gut daumendicken, länglichen Tumor, dessen untere Dreiviertel glatt sind, während die obere Partie unregelmäßiger erscheint. Vom oberen Pol geht eine unregelmäßige, etwa bleistiftdicke Fortsetzung in die Gegend des Mons veneris. In der Gegend des anulus ing. ext. fühlt man in der Tiefe ebenfalls einen weichen, etwa fingergliedgroßen Körper, auf Druck leicht empfindlich, beweglich, bei Husten sich nicht vergrößernd. Beckenboden kräftig. Portio in normaler Höhe, voluminös. Äußerer Muttermund quergespalten. Collum-Achse retrovertiert, Corpus in Anteflexion, normal groß, frei beweglich.

Spiegelbefund: Muttermund ektropioniert, schleimiger Ausfluß. Auf diesen Befund hin wurde die Diagnose Lipom gestellt. Zur DD. wird eine Hernia labialis mit Vorliegen von Netzknoten im Bruchsack in Erwägung gezogen, aber wegen der weichen Konsistenz und namentlich wegen Fehlens einer Fortsetzung in die Bauchhöhle doch wieder ausgeschlossen. Ein maligner Tumor kommt bei der scharfen Begrenzung nicht in Frage. Gegen einen anderen gutartigen Tumor als Lipom und gegen Cyste spricht die Konsistenz und das Fehlen von Fluktuation; es kommt also nur eine Fettgeschwulst in Betracht und unter dieser Diagnose wird Pat. operiert.

Bei der Operation geht man von einem etwa 6 cm langen Schnitt, ca. in der Mitte der oberen Hälfte des linken Labium majus in die Tiefe und stößt bald auf einen glatten, gut abgegrenzten Tumor von Eigröße der sich ohne Schwierigkeit aus seiner Umgebung loslösen läßt. Gegen den oberen Ansatz wird er mehr strangförmig und gewinnt am Anulus inq. ext. traubenförmige Gestalt. Der Tumor haftet fest im Leistenkanal und hat von eben dieser Gegend seine Gefäßversorgung. Nach Fassen der zuführenden Gefäße und Unterbindung derselben, wird der Tumor extirpiert.

Das durch die Operation gewonnene Präparat besteht aus 2 mit einem dünnen Stiel miteinander verbundenen Partien, deren untere Eigroße glatt und deren obere Daumengliegroße höckerig unregelmäßig erscheint. Konsisentz ist bei beiden Partien weich, anscheinend fluktuierend.

Mikroskopisch gewöhnliches Lipom, das ganz gleichmäßig gebaut ist und nirgends erhebliches Wachstum zeigt. Die Form dieses Lipoms, seine Fortsetzung nach oben, die Haftstelle im Leistenkanal und Gefäßversorgung von eben daher beweisen, daß es sich um einen von oben her in die große Labie eingewachsenen Tumor handelt. Als Ausgangspunkt kommt das präperitoneale Fettgewebe in Frage. Doch läßt sich im Leistenkanal keine Lücke und an der Geschwulst keine Fortsetzung bis zum Anul. inq. int. feststellen. Am ehesten kommt als Ursprungsort der Imlachsche Fettkörper, der bekannte, im Inquinalkanal gelegene, glatte, abgegrenzte Fettpfropf in Betracht. Der hier entstandene Tumor senkte sich der Schwere entsprechend an den Ort des geringsten Widerstandes, nach unten und breitete sich im linken Labium majus aus. Der anamnestisch angegebene Furunkel ließ die Pat. auf den frisch entstandenen Tumor aufmerksam werden und hat weiter keine Bedeutung.

Fall XIV.

Opielinski. (Breslauer gyn. Klinik. Inaug. Diss. 1876)

Der im Jahre 1868/69 hier beobachtete Fall bietet ein ausgezeichnetes Beispiel dafür, eine wie bedeutende Größe diese Geschwülste an der Vulva erreichen und welchen Ausgang sie nehmen können: ein Lipom mit teilweise cystöser Erweichung in der Mitte.

36jährige Pat. menstruierte zuerst mit 17 Jahren, verheiratete sich mit 23, gebar 3 lebende Kinder. Vor 4 Jahren bemerkte sie den

ersten Anfang der Geschwulst, die ohne Schmerzen allmählich zunahm, in den letzten 6 Wochen auffallend schnell; jetzt wurden die Schmerzen auch heftiger. Menses und alle anderen Funktionen blieben bis in die letzte Zeit normal.

Befund: Zwischen den Schenkeln eine große Geschwulst, von dem rechten Labium majus ausgehend. Sie hat den Umfang des Kopfes eines kleinen Kindes, mehr lang als breit, die Haut darüber verdickt und gerötet. An der unteren Peripherie ragen mehrere scheibenförmige Knöpfe hervor, umgeben von einem lividen Rand mit granulierender Oberfläche. Sie lassen sich in die Geschwulst eindrücken. Der Tumor besteht vorn mehr aus festen Massen, hinten aus elastisch-cystösen Räumen. Die Haut über der Geschwulst ist verschiebbar, unter derselben fühlt man ein festes strangartiges Gewebe. In der unteren Peripherie ist die Haut mit der Masse verwachsen und ulcerös durchbrochen. Die Lymphdrüsen sind sehr wenig infiltriert. Seitlich geht die Geschwulst in die Haut der Innenfläche des Schenkels über, nach hinten in die Haut der Nates. Innen ist sie vom Perineum und der Scheide begrenzt. Oben geht die rechte Nymphe auf die Geschwulst über, hier ist die Haut sehr dünn, mit erweiterten Gefäßen durchzogen, von der Geschwulst gut abziehbar. Nach oben in die Scheide eindringend läuft die Geschwulst flach ab bis zur Höhe der spina ossis ischii. Von dort an ist alles normal. Nach hinten und innen setzt sich das strangförmige Gewebe in den Raum zwischen Mastdarm und Scheide fort. Das Rectum sitzt an der hinteren Peripherie der Basis der Geschwulst und ist gänzlich unbeteiligt. — Die Extirpation wurde in der Art ausgeführt, daß an der Basis der Geschwulst die Haut circumcidiert und die Geschwulst aus dem Bindegewebe der Labie bzw. des Dammes und der Hinterbacke ausgeschält wurde. Es blieb eine große Höhle zurück, welche durch Granulationen sich allmählich füllte und nach vielen Wochen geschlossen war. Die Untersuchung der Geschwulst ergab ein myxomatöses Lipom.

Fall XV.

Grad, (Amerk. J. Obst. 1903. S. 109.)

Lipom der Vulva.

23jährige Pat. hatte vor 8 Monaten ein Kind bekommen. Im 3. Schwangerschaftsmonat bemerkte sie einen Knoten in der linken Labie, der nicht schmerzhaft war. Die Haut darüber war beweglich und glatt. Während der Schwangerschaft wuchs der Tumor rasch an. Seit der Entbindung hatte sich der Tumor nur wenig vergrößert.

Befund: 12,5 cm lang, 7,5 cm breit, von weicher Konsistenz, Pseudofluktuation zeigend. Der Tumor kann gegen den Leistenkanal unter der Haut bewegt, aber nicht hineingebracht werden. Kein Stiel vorhanden. Am übrigen Körper keine Lipome, im übrigen ist Pat. gesund.

Operation, Heilung p. p.

Fall XVI.

Strumdorf. (Amerik. J. of Obst. 1910. 311.)

Lipom des Labium majus.

36jährige Ipara, wurde gebracht wegen Entbindungsunmöglichkeit infolge der Verlegung des Vaginal-Ausganges durch einen Tumor. 8 Jahre hatte Pat. den Tumor ohne Beschwerden gehabt. Der Tumor war hart und resistent, sehr leicht beweglich, mit breiter Basis ansetzend und nahm die ganze Außenfläche des linken Labium majus

ein. Die Oberfläche war von einem Netzwerk erweiterter Venen durchzogen. Masse: 12,5 cm lang, 10,5 breit, 29,5 Umfang.

Die Entfernung der Geschwulst ermöglichte die schnelle Spontanentbindung.

Fall XVII.

Bruntzel. (Zbl. Gyn. 1882, S. 626)

Lipom der großen Labie als Geburtskomplikation.

Verfasser wurde zu einer 33jährigen Ipara gerufen, bei der dem Berichte der Hebamme zufolge, ein Bruch in der rechten großen Labie herabgetreten sei und den weiteren Verlauf der Geburt gefährde. Die Kreissende gab an, seit ca. 4 Jahren die Existenz einer Geschwulst in der Schamgegend bemerkt zu haben, die ganz allmählich die Größe eines Hühnereis ereicht habe. Besondere Beschwerden durch die Geschwulst seien nie vorhanden gewesen, nur bei angestrengter Arbeit habe sich ein stärkeres Hervortreten der Geschwulst gezeigt, das bei ruhiger Lage stets rasch wieder verschwunden sei. Im Verlauf der Schwangerschaft sei die Geschwulst nicht gewachsen.

Eine Inspektion der Genitalien ergab, daß die rechte große Labie in einen mannsfaustgroßen, weich-elastischen schmerzlosen Tumor verwandelt war, der den Introitus vaginae vollkommen verdeckte. nach oben hin sich verschmälerte, mit seinem breiteren unteren Teil sich leicht vom Introits nach dem rechten Schenkel zu verschieben ließ.

Die Geburt war seit ca. 24 Stunden im Gang; gleich im Beginne war die Blase gesprungen. Kopf in 1. Schädellage, quer im Becken stehend, Muttermund talergroß, Ränder rigide. Während jeder Wehe, die in unregelmäßigen Intervallen eintraten, konnte man eine deutliche Zunahme der Geschwulst konstatieren, die in der Wehenpause nur unmerklich abnahm. Ein Repotisionsversuch (Verf. glaubte eine Hernia lab. vor sich zu gehen) fiel negativ aus. Da die Wehen sehr unregelmäßig waren, injizierte Verf. 0,02 Mf und ließ um die rigiden Teile zu lockern, warme Scheidenirrigatinen machen. Nach kurzer Ruhe traten energische Wehen ein, zugleich aber nahm das Volumen der Geschwulst so zu, daß sie im Laufe des Nachmittags fast die Größe eines Kindskopfes erreicht hatte und es aussah als ob der Tumor jeden Augenblick bersten müßte. Unter diesen Umständen nahm Verf. da der Kopf in den Beckenausgang getreten und der Muttermund fast völlig eröffnet war, die sofortige Beendigung der Geburt vor. Der Tumor wurde durch ein um seine Basis gefaltetes Handtuch zur Seite gezogen und die Entwicklung des Kopfes durch die Zange langsam vorgenommen. Geschwulst und Damm blieben intakt. Trotz genauester Kontrolle des Uterus folgte die Placenta nicht, der Uterus hatte sich sanduhrförmig strikturiert und Verf. sah sich genötigt, nach 2½stündigem Warten, die völlig gelöst über dem inneren Muttermund liegende Placenta manuell zu entfernen. Das Kind, ein kräftiges Mädchen zeigte eine leichte Drucknekrose an der Hinterhauptschuppe, die unter einem aseptischen Verband in wenigen Tagen heilte. Das Wochenbett verlief fieberlos. Eine sofort nach Beendigung der Geburt versuchte Reposition der Geschwulst war erfolglos. Im Wochenbett verkleinerte sich der Tumor, kehrte jedoch nicht wieder zu dem früheren, geringen Volumen zurück, sondern erhielt sich in der Größe einer starken Mannsfaust. Die Konsistenz erschien jetzt härter, die Beweglichkeit geringer, auch die vorher vorhandene Verschmälerung des oberen Teils fehlte; der Tumor hatte mehr gleichmäßig ovoide Form angenommen. Diese Verhältnisse machten meine anfangs gestellte Diagnose schwankend. Für die Annahme einer

Hernie sprach die rapide Vergrößerung des Tumors, an dessen oberen Teil ich eingangs eine schmale Bruchpforte zu fühlen glaubte; späterhin wurde dies durch die geringe Beweglichkeit des Tumors unmöglich. Das Repositionshindernis konnte darin bestehen, daß durch die Bruchpforte ein Teil des fettreichen Netzes hindurchgedrungen und mit dem Bruchsack verwachsen war; das Fett hatte dann seine lockere Beschaffenheit verloren und bot jetzt eine feste Konsistenz; oder es konnte der Tumor ein Lipom der großen Labie sein, dessen rapide Anschwellung bedingt war durch ein akutes Oedem, das unter dem Einfluß der durch die gesteigerte Bauchpresse und die Wehentätigkeit veränderten Zirkulationsverhältnisse zustande gekommen war. Die Beseitigung dieser Momente durch die Entbindung hatte die Abschwellung des Tumors herbeigeführt.

Ob der Tumor ein reines Lipom der großen Labie war oder als Lipom des subserösen Gewebes mit einem Leistenbruch kompliziert war, war durch die oben erwähnte Unmöglichkeit der Konstatierung einer Bruchpforte nicht feststellbar. Da der Tumor durch seinen Sitz und Größe der Pat. sehr starke Beschwerden machte, bat sie dringend um die operative Beseitigung. Die Extirpation des Tumors ergab ein Lipom der Labie. Durch einen auf der Höhe des Tumors geführten Längsschnitt gelang es, die reichlich mit Blutgefäßen versorgte Geschwulst herauszuschälen; das überflüssige Hautstück wurde excidiert, die sorgfältig desinfizierte Höhle nach genauer Naht drainiert. Der Wundverlauf gestaltete sich völlig aseptisch, am 6. Tage konnten Nähte und Drainrohr entfernt werden.

Die mikroskopische Untersuchung ergab ein völlig normales Verhalten der Blutgefäße in dem Tumor, dessen rapides Anschwellen nur bedingt war durch die infolge der langdauernden Wehentätigkeit hervorgerufenen Störung der Zirkulationsverhältnisse der ihn versorgenden Blutgefäße.

Fall XVIII.

Quenu. (Bul. Soc. Chirg. 1890.)

Angeborenes Lipom der Vulva.

Die Eltern hatten einige Wochen nach der Geburt des Kindes am äußeren Genitale eine Anschwellung bemerkt und das Kind etwa im Alter von 2 Monaten dem Verfasser gezeigt, der wegen der Jugend der Pat. von einem Eingriff noch Abstand nahm und zu warten beschloß. Im Verlauf der nächsten 3 Monate vergrößerte sich aber die Geschwulst derartig, daß Verf. sich zur Operation gezwungen sah. Die Extirpation wurde in Chloroform-Narkose vorgenommen und dauerte 12 Min. Der Blutverlust war minimal. Es wurde ein faustgroßer Tumor, 12 cm lang und 6 cm breit, entfernt. Bei der Entwicklung der Geschwulst bemerkte Verf. daß sich daneben noch ein Angiom befand, sodaß der Tumor vielleicht zu den Angiolipomen zu zählen ist, wie solche kogenital am inneren Augenwinkel schon öfter beobachtet wurden. An der Vulva steht dieser Fall allerdings einzig da.

V. Wichtige differenzial-diagnostische Fälle.

Fall XIX.

Gräfe. (Zeitschrift f. Geb. und Gyn. 14, 1888.)

Ein Fall von Lipoma subserosum.

37jährige Pat., Opara, seit 9 Jahren verheiratet, seit 6 Jahren Witwe, bemerkte seit 10 Jahren eine ca. wallnußgroße Anschwellung des linken Labium; da dieselbe nicht schmerzhaft war und ihr keiner-

lei Beschwerden verursachte, beachtete sie sie nicht. Erst seit 1 Jahr fiel es ihr auf, daß die kleine Geschwulst anfing, sich zu vergrößern und zwar in den letzten 5 Monaten sehr schnell. Gleichzeitig stellten sich ziehende Schmerzen in der linken Leistengegend ein. Dysmenorrhoische Beschwerden, welche früher schon bestanden hatten, wurden stärker; vor allem belästigte aber der allmählich mehr und mehr zwischen die Oberschenkel herabsinkende Tumor die Pat. bei der Beschäftigung als Waschfrau in hohem Grade. Jetzt rief sie ärztliche Hilfe und stellte sich mit der Angabe vor, daß sie an einem großen Bruch leide, welchen sie bis vor ca. 5 Monaten zum Teil habe nach innen zurückdrängen können. Seitdem derselbe schneller gewachsen, sei dies nicht mehr möglich; auch würde er jetzt nicht mehr wie früher bei Bettruhe kleiner.

Befund: Bis über die Mitte der Oberschenkel herabhängend, eine Mannskopfgroße Geschwulst, die in das linke Labium majus breit überging. Sie verjüngte sich dort aber doch nicht derartig, um einen eigentlichen Stiel zu bilden. Die sie bedeckende Haut zeigte mäßig erweiterte, venöse Gefäße, zum größeren Teil bräunlich pigmentiert.

Palpation: Inhalt von knolligen, mehr elastischen als festen, stellenweise untereinander deutlich abgesetzten Massen. Nur ganz oben an der Übergangsstelle in das Labium majus finden sich einige weiche, auf Druck nachgebende Partien, welche sich nach innen drängen ließen, bei Nachlaß des Druckes aber sofort wieder hervor kamen. Die Perkussion gab hier wie an allen übrigen Stellen der Geschwulst absolut leeren Schall. Innere Genitalien o. B.

Für die Diagnose bestanden 2 Möglichkeiten: 1. eine vom Labium majus ausgegangene Neubildung, 2. sogenannte Hernia lebii majoris deren hauptsächlicher Inhalt von hypertrophierten Netzknäueln gebildet wurde. Für die letztere Annahme sprach besonders die Angabe der Pat. daß sie bis vor 5 Monaten den vermeintlichen Bruch zum größten Teil hatte reponieren können. Zur Zeit der Untersuchung war dies nicht mehr möglich. Die Schmerzen in der linken Leistengegend, welche sich mit der rapiden Vergrößerung des Tumors eingestellt hatten, legten die Vermutung nahe, daß damals entzündliche Prozesse zu einer Verwachsung der bis dahin durchgängigen Bruchpforte geführt hatten. Verfasser entschied sich auf Grund der Anamnese für die Diagnose eines verwachsenen, hypertrophierten Netzbruches, obwohl der augenblickliche Befund auch die Deutung einer Neubildung und zwar am ehesten einer lipomatösen zuließ.

Operation: Nach Durchtrennung der Haut durch einen über den Scheitel der Geschwulst geführten Schnitt gelang die Ausschälung leicht. Es stellte sich dabei heraus, daß es sich wirklich um eine reine Lipombildung handelte. In der Gegend des Labium majus wurden die bisher verhältnismäßig festen Fettknollen entsprechend dem früheren Palpationsbefund weicher. Wir gelangten hier aber nicht wie erwartet an die Basis des Tumors, dieser setzte sich noch weiter nach oben fort. Bei der Ausschälung mußte jetzt mit größerer Vorsicht vorgegangen werden, teils wegen des Eintretens größerer Gefäße in die Tumormassen, teils wegen der Möglichkeit, daß sich hinter demselben Darmschlingen fänden. (Dies war nicht der Fall). Je höher man nach oben kam, desto schmäler wurden die Lipomknoten, bis sich schließlich eine Art kurzen Stiels fand, in dem ein größeres Gefäß verlief. Nach Ligierung desselben mit einem Catgutfaden wurde der Tumor in toto abgetragen, welcher ein reines, über 1½ Pfund schweres Lipom darstellte. Nach Resektion zweier großer Stücke der restierenden weiten Hauttasche, wurde die tiefe Wundhöhle mit Jodoform eingepudert. Hautwunde durch Seitennähte ge-

schlossen, durch den oberen und unteren Wundwinkel je ein langes Drain eingeführt, durch das noch einmal mit Sublimat durchgespült wurde. Sublimatgazeverband.

Heilung: außer Thrombose des rechten Beines, glatt.

Fall XX.

Landau.

Tumorbildung an der Vulva.

59jährige Pat. 2 partus. 1 Abort. Klimax vor 15 Jahren eingetreten. Vor 20 Jahren bemerkte Pat. zuerst das Auftreten eines Knötchens in der linken Schamlippe. Es wuchs mit der Zeit, ohne der Pat. Beschwerden zu machen. Auch jetzt noch sind die Beschwerden der Pat. so gering, daß sie imstande ist ihre häuslichen Arbeiten zu leisten und wären nicht in der letzten Zeit immer Geschwüre und Eiterungen auf der Oeberfläche entstanden, so wäre sie noch nicht zum Arzt gegangen. Das Allgemeinbefinden und alle körperlichen Funktionen sind in Ordnung.

Status: alle Organe gesund, auch die inneren, atrophischen Genitalien. Beim Stehen der Frau ist das äußere Genitale und mehr als der mediale Teil der Vorderfläche beider Oberschenkel bedeckt durch eine außerordentlich voluminöse Geschwulst, welche schürzenartig bis zu den beiden Patellae reicht. Die Basis der Geschwulst reicht breit von der Gegend des einen äußeren Leistenringes bis zum anderen, quer über die vordere Konvexität des Genitale und mißt 29 cm. Das rechte große Labium ist völlig unbeteiligt, atrophisch. Das linke Labium ist intakt und sitzt wie eine zarte Leiste hahnenkammartig der Medialfläche des Tumors auf. Die linke große Schamlippe und die linke Hälfte des mons veneris gehen in die Substanz des Tumors völlig über, sodaß diese Teile nebst der anstoßenden linken Regio inquinalis die breite, sehr umfangreiche Basis des Tumors darstellen.

Länge des Tumors 28 cm, Umfang 65 cm.

Befund: die überziehende Haut ist glatt und behaart; dicke blaue Venen schimmern durch die gelbbraun-pigmentierte Decke. Die Konsistenz ist weich, elastisch. Am unteren Ende befinden sich neben zerstreuten frischen bis zu 2 Markstückgroßen Herden Geschwüre mit granulierender, teils schmierig belegter Wundfläche, auch tiefe und flache, strahlig eingezogene Narben, die alten abgeheilten Geschwüren entsprechen. Die Haut ist an diesen basalen Partien dunkler, derb, ödematös. Der Perkussionsschall ist überall gleich leer; keine Rekositionsmöglichkeit. Beim Husten keine Volumenänderung. Es scheint ein dicker derber Schlauch von der Basis des Tumors in den linken Leistenkanal zu ziehen.

Für die Diagnose erwog Verfasser folgende 3 Möglichkeiten:

1. Tumor der normalen Vulvabestandteile (Elephantiasis, Fibrom, Lipom)
2. Tumor des Lig. rotundum; ausgehend vom praeinguinalen Teile desselben (Myom, mesonephrisches Adenomyom)
3. Tumor, der als Hernie aufzufassen ist (Inhalt: Netz und Darm; abgeschnürter Netzteil mit lipomatöser Wucherung; Genitalhernie mit sekundärer Tumorbildung).

Das Wahrscheinlichste erschien dem Verfasser ein Fibriolipom; erst in 2. Linie eine Hernie mit Abschnürung und lipomatöser Wucherung eines Netzstückes.

Die Operation ergab eine Leistenherie. Die lipomatöse Fettablagerung in der Subcutis und in der Bruchsackhaut war eine sehr erhebliche; die Menge des Bruchwassers erklärte das Fehlen des tympanitischen Schalls.

VI. Uebersicht und Zusammenstellung aller veröffentlichten Fälle.

a) in der deutschen Literatur.

Literatur	Sitz d. Tumors	Beschreibung d. Tumors	Bemerkungen
1. **Buckner:** Veit, Handbuch d. Gynäkologie	rechtes Labium majus	Gleichzeitig Becken- und Abdominaltumor. Fibrolipom, 241 Pfd.	25 j. Pat. durch Tu. stärkste Beschwerden. Tod mit 37 Jahren.
2. **Bruntzel:** Zentralbl. f. Gynäkol. 1882. 626.	recht. Lab. maj.	seit 4 Jahren bestehend, b. starker Arbeit anschwellend, in Ruhe wieder abschwellend. Tumor elastisch, schmerzlos, äußeres Genitale ganz bedeckend.	33 j. Pat. Entfernung d. Tumors um die Entbindung zu ermöglichen.
3. **Gräle:** Zentralbl. f. Gyn. 14. 199. u. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 14. (1888)	link. Lab. maj.	Kopfgroßer Tumor bis zur Mitte d. Oberschenkel reichend. Nach oben bis zum Leistenkanal sich erstreckend. Stiel. Lip. subserosum. Haut pigment. Venen erweitert.	37 j. O-para. Tumor besteht seit 10 Jahren; aber erst seit 1 Jahr stark gewachsen. Für Hernie gehalten, da b. Liegen Verkleinerung d. Tumor.
4. **Henningsen:** Diss. Kiel 1888. Beitr. z. Kasuistik d. Fettgeschwülste.	link. Lab. maj.	weiches, fluktuierd. gelapptes faustgroßes Lipom.	47 j. Patientin.
5. **Kehrer:** Stöckel, Handb. d. Gyn.	linkes Lab. maj.	1½ Faustgroßer Tumor, 2 Fingerbreit. Stiel. Ursprung in d. link. Fossa ischiorektal.	periph. Teil ausgedehnt gangränös und durch rote Demarkationslinie v. übrigen Teil abgegrenzt.
6. **Koch:** Gräfe u. Walthers Journal 24, 308.	recht. Lab. maj.	Auf einer Seite mit Epidermis bedeckt, auf d. anderen Seite m. Schleimhaut, vom inneren Teil des Lab. maj.	53 j. Pat., der Tumor wuchs v. einer kleinen schmerzlosen Schwellg. bis z. einer Masse von 14 Pfd. u. hing bis zu den Knieen. Pat. suchte mit Rasiermesser d. T. selbst zu entfernen, wobei sie ein Stück zurückließ. Entferng. d. Stumpf. v. Arzt.
7. **Körner:** Demonstr. d. T. Gyn. Ges. Breslau 1922.	Vulva	Fibrolipom.	
8. **Leopold:** Stereoskopbilder. Gyn. Ges. Dresden März 1899.	Vulva	Verkalktes Lipom.	
9. **Martin:** Path. u. Therap. d. Frauenkr. 1887. S. 246	link. Lab. maj.	Faustgroßes Lipom.	
10. **Müller:** Berl. klin. Wchschr. 1881, 447.	link. Lab. maj.	Birnförm. schlaffes, mit Haaren besetztes Gebilde. Bedeckende Haut runzelig u. pigment. Fibrolipom.	Abtragung u. Verätzung des Stumpfes. Heilung.

Literatur	Sitz d. Tumors	Beschreibung d. Tumors	Bemerkungen
11. **Neumann:** Zentrlbl. f. Gyn. 1928 Nr. 52, 2034.	recht. Lab. maj.	Kindskopfgroß gestielt. Fibrolipom. 900 gr. Größe: 12:11:11. Bis z. Knieen reichend unten Decubitalulcus.	67 j. Pat. Tumor besteht s. 17 Jahren. Vor 2 Monat. trat d. Geschwür auf. Operation. Heilung.
12. **Opielinski:** Diss. Breslau 1876. Üb. d. Cyst. Geschw. d. Vulva.	recht. Lab. maj.	Myxömatös. Lipom mit Cystenbildg. i. Innern. Haut ulceriert. Kleinkindskopfgröße.	36 j. Pat., Tumor langsam gewachsen, seit 6 Wochen schnell, dabei Beschwerden.
13. **Paasch:** Diss. Rostock 196. D. gutart. Tum. d. Vulva.	link. Lab. maj.	Kindskopfgroß. Mikr. Diagnose: Lipom.	50 j. II-para. Das Lipom war nur ein Nebenbefund. Collum Ca. Extirpat. d. Lipoms.
14. **Schramm:** Zbl. f. Gyn. 52. S. 1426.	recht. Lab. maj.	Birnförm. Tumor 8 cm lg., 1,5 dick. gestielt. Kleinfingerdicker Stiel.	21 j. Pat. Abtragung d. Tumors nach doppelter Stielunterbindung.
15. **Schülein:** Zbl. f. Gyn. Nr. 7. S. 110, 1887.	recht. Lab. maj.	Von d. Mitte des recht. gr. Lab. bis z. Anus reichender faustgroß. Tum.	19 j. Pat. hatte seit d. 17. Jahr, d. Beg. d. Periode d. Tumor bemerkt, d. ziemlich schnell gewachsen war. Extirp. Heilung.
16. **Stiegele:** Zschr. f. Chir. u. Geb. H. 1856 IX. 243. und Schmidts Jber. 1857, 315.	link. Lab. maj.	10 Pfd. schwerer Tumor. 55 cm lg., 15 breit, 13 dick. Epidermis hypertrophisch, teils narbig u. mit einem Nabel versehen.	30 j. Pat. Es handelt sich vielleicht eher um eine monströse Hypertrophie des link. Lab. m. Tumor innerhalb von 6 Jahren gewachsen.
17. **Urich:** Zbl. f. Gyn. 1920 49, S. 416.	link. Lab. maj.	Längl. daumendick Tumor. Fortsetzung i. d. Anul. inquin. ext. Mikr. Diagn.: Lipom.	46 j. Pat. Anamnestisch Furunkel am Lab. Operation. Tumor v. Imlachschen Fettkörper ausgehend.
18. **Wolzendorf:** D. Zschr. f. Chir. 1887.	link. Lab. maj.	Faustgr. Lipom Lipom	18 j. Pat. Gleichzeitig groß. Lipom des linken Fußes.

b) in der ausländischen Literatur.

Literatur	Sitz d. Tumors	Beschreibung d. Tumors	Bemerkungen
19. **Adami:** Montreal med. Journ. 25, 529.	Vulva u. Perineum	Lipom	
20. **Anuffrieff:** Jakusch 1890, 313. Z. Kas. d. T. d. äuß. Genit. d. Weibes.	link. Lab. maj.	Faustgroßer Tumor.	
21. **Balls-Headly:** Zbl. Gyn. 1890. Nr. 50, 896 Austral. med. 10, 345.	link. Lab. maj.	Aufwärts bis in d. Vagina sich erstreckender Tumor. Bedeckende Haut dünn und entzündet.	51 j. Pat. Es bestanden noch zwei Nebentumoren. Extirpation.
22. **Brigidi:** Gaz. degl. Osp. 1892. 105.	link. Lab. maj.	Apfelgroßer Tumor.	Operation.
23. **Brown:** Amer. J. obst. Jan. 1903. u. Zbl. f. Gyn. 1903, 276.	Vulva	Lipom	23 j. Pat. Tumor währd. d. Schwangerschaft rasch gewachsen. Operation. Heilung per primam.

Literatur	Sitz d. Tumors	Beschreibung d. Tumors	Bemerkungen
24. **Capelle:** Diseases of Women. J. med. de Bruxelles Jan. 1860. 30, 41, u. Schmidts Jber. 1860. 106, 184.	recht. Lab. maj.	Kopfgroßer von der Symphyse z. After reichender Tumor; bis zu den Knieen herabhängend.	30 j. Pat. Tumor seit 10 Jahren gewachsen. Extirpation. Heilung.
25. **Carmalt:** Am. Journ. of Obs. 45, 688, 1902. Jber. Gebh. 16, 213. 103.	link. Lab. maj.	Groß. pendelnd. Geschwulst. Gelappt. Konsistenz halbfest. Haut frei beweglich. Größe: 15 cm lang, 5 breit, 2,5 dick.	25 j. Pat. war vor einigen Jahren vom Stuhl gefallen u. m. d. link. Schamlippe aufgeschlagen. Es entstand a. d. Stelle eine Schwellg., dann ein hartes Knötchen, das allmähl. bis z. jetz. Größe wuchs. KeineSchmerzen. Behinderung b. Gehen u. Coitus.
26. **Carmichael:** Edinburgh, Obstetr. Trans. 31, 64.	Vulva	Fibrolipom.	Entfernung. Heilung.
27. **Carter:** Trans. obstetr. soc. London 1890. 6.	link. Lab. maj.	Lipom.	Operation.
28. **Christopherson:** Journ. roy. army med. Corps. 6, 355.	Vulva	Lipom von Faustgröße.	Entfernung.
29. **Deekens:** Med. surg. Reports Philadelphia 1890.	recht. Lab. maj.	Gestielt. Tumor bis zu den Knieen reichend. Weich ulceriert.	61 j. Pat., vor 17 J. ist d. Tumor i. Erscheinung getreten. Durch Hämorrhagien u. Blutverlust starke Beschwerden.
30. **Dorosch:** Zbl. f. Gyn. 11, 263. und Gyn. Akusch. 1925, 2.	recht. Lab. maj.	Kindskopfgroßer gestielter Tumor. Bis zu d. Knieen herabhängend. Lappiger Bau.	40 j. Pat. Vor 15 J. hatte Pat. einen bohnengroßen Tumor bemerkt, der erst im Laufe der letzten 2 Jahre z. jetz. Größe heranreifte.
31. **Duncan:** Clinical Lectures on diseases of women. London 1886. 184.	Vulva	Orangengroßes Lipom.	Wurde ohne Schwierigkeit entfernt.
32. **Emmet:** Principles and Practice of Gyn. 1884, 624.	link. Lab. maj.	Tumor breitbasig aufsitzend, bis z. d. Knieen reichend, von verdünnter Haut überzogen.	Pat. trug den Tumor in einem Sack, den sie an ihrer Taille befestigte.
33. **Flatau:** München. Med. Wschrift. 34, 1534.	recht. Lab. maj.	Kartoffelgroßes Lipom.	Der Stiel war durch Ulceration brüchig geworden, sodoß die Geschwulst von selbst abfiel.
34. **Gironcoli:** Contrib. anat. e klin. alle studio dei tu benig. dei Gen ext della donna.	recht. Lab. maj.	Gestieltes Fibrolipom, 500 gr schwer ulceriert. 12 cm lg., Umfang 34.	23 j. Pat. Tumor seit 1 Jahr gewachsen.
35. **Goodell:** lessons in Gyn. Philadel. 3d Edition 1887, 87.	link. Lab. maj.	Breitstielig, bis z. d. Knieen reichend.	erst als cystischer Tumor angesehen. Die Punktion ergab eine feste Masse. Extirpation. Diagnose: Lipom
36. **Goodmann:** Amer. med. 47, 109. 1903.	Vulva link.	Lipom v. ziemlicher Größe.	Operation.

Literatur	Sitz d. Tumors	Beschreibung d. Tumors	Bemerkungen
37. **Grad:** Amer. Journ. Obst. 47, 109. (1903)	link. Lab. maj.	Lipom, weich, fluktuierd. ungestielt. 12,5 cm lg. 7,5 breit. Tu. kann unter der Haut gegen d. Leistenkanal bewegt, aber nicht hineingebracht werden.	Während der Gravidität rasch gewachsen. Extirpation.
38. **Granowski:** Gyn. Rundsch. 1912, S. 157.	Vulva	Gestieltes Lipom.	Als Fibroma pend. vermutet. Operation. Mikr. Diagn. Lipom.
39. **Hill:** Med. Trans hosp. Gaz London 22, 431. 1894.	Vulva	Lipom.	Operation.
40. **Jakowski:** Jber. f. Gyn. 1913. 137.	link. Lab. maj.	8 Pfund schweres Lipom.	54 j. Pat. Extirpation.
41. **Kelly:** Baltimore Johns Hopkins Hosp. Rep. Vol LLL 321. 1894.	recht. Lab. maj.	Größe: 2:1½:1 cm.	27 j. Negerin. Extirpation.
42. **Konoplew:** Gyn. Rundsch. 1910 S. 263.	link. Lab. maj.	Lipom pend. permagnum gestielt. 6½ Pfund.	35 j. Pat. Tumor bis zu d. Knieen reich. Operation.
43. **Konrad:** Oov Hetil Ung. 1897. 463. Monatsschr. f. Gyn. 8, 691.	link. Lab. maj.	Lipom.	46 j. Pat. O-para. Tumor seit 16 Jahren gewachsen. Extirpation. Heilung pp.
44. **Londit:** Surg. gyn. obst. Bd. 31, 75. 1920.	link. Lab. maj.	Lipom.	Operation.
45. Land **Loncet**	link. Lab. maj.	Gestielter, gelappter Tumor.	38 j. Pat. Vor 9 Jahren Tumor zuerst bemerkt. Extirpation.
46. **Lovelace:** Jahresb. f. Gyn. Bd. 1, 212.	link. Lab. maj.	Gestalt einer Schürze, die bis z. Mitte d. Unterschenkel hing. Fibrolipom 20 kg.	40 j. Pat. aus Neumexiko. In 3½ Jahren zur bestehend. Größe herangewachs.
47. **Mac Burney:**	recht. Lab. maj.	Weicher, frei beweglicher Tumor. Haut normal. Tumor nicht reponierbar. Mikr. Fettgewebe.	27 j. Pat. Nach 7 Tagen wurde ein Lipom der Schulter entfernt.
48. **Maximow:** Dent. med. 1905, S. 1074.	recht. Lab. maj.	Gestielter Tumor, birnförmig bis zu den Knieen hängend, weich. gelappt. Haut kleine Geschwüre. Venennetz deutlich gezeichnet.	19 j. Pat. unverheiratet.
49. **Millner** Loncet:	Vulva	Eigroßer, gestielter Tumor 15 cm lang.	Negerin von Brasilien.
50. **Morel:** Zbl. f. Gyn. 1907. 31, 27.	recht. Lab. maj.	Weich, unverschiebl. d. Unterlage breit aufsitzend. Faustgroß. Verdeckt d. Introitus vag.	25 j. Pat. Hat den Tumor seit ihrer Jugend.

Literatur	Sitz d. Tumors	Beschreibung d. Tumors	Bemerkungen
51. **Murray-Leith:** Zbl. Gyn. 17, 955.	para-vaginal	300 gr. schwer. Es handelt sich um ein retroperitoneal Lipom, das ein ungewöhnliches Wachstum nach unten aufwies, ebenso nierenwärts sich erstreckend.	25 j. Pat. Operation.
52. **Parker:** Brit. med. Journ. 1899. Bd. III. 1200.	Journ. Vulva	Großes kugelförmig. Lipom.	Seit der Kindheit bestehend. Pat. hatte auch eine Hasenscharte.
53. **Pawlowsky:** Therap. Obosren 16. 1911.	Vulva	Lipom.	Operation.
54. **Peraire:** Anal de Gyn et Obst. Mars. 1909.	recht. Lab. maj.	Fibrolipom.	Operation.
55. **Pitirimoff:** Zbl. Gyn. 9, 195.	recht. Lab. maj.	Kopfgroß, breitbasig aufsitzend. Fibrolipom. 1450 gr schwer.	23 j. Pat. 6 Jahre gewachsen. Operation. Heilung.
56. **Quenu:** Bull de la soc de Chirg. 1890. 16, 1. Jber. Gebh. 4, 585.	Vulva	Faustgroßes Lipom. 12 cm lang, 5—6 breit.	Angebornes Lipom. Wuchs im Verlauf v. 2 Monaten stark. Mit 5 Monat. wurde das Kind operiert. Gleichzeitig Angiom.
57. **Rouston:** Montpelliert med. 1884.	Vulva	Orangengroßes Lipom.	52 j. Pat. 25 Jahre Wachstum.
58. **Shewmann:** Nat elect med. 12, 3 Jber. Gyn. 1921, 154.	recht. Lab. maj.	Gestielter, 26½ Pfd. schwerer Tumor.	18 j. Pat. Op. Litt an Abmagerung u. hoher Pulsfrequenz.
59. **De Smet:** Gazette de Gyn. Paris 1888. III. 214.	link. Lab. maj.	12 cm lg., 6 dick. Beweglich u. scheinbar um die Hälfte zurückzuschieben. Pseudofluk.	20 j. Pat. Tumor erstreckte sich i. d. erweiterten Inquinalkanal.
60. **Strumdorf:** Amer. Journ. of. obst. 1910. S. 311.	link. Lab. maj.	Beweglicher, auf breit. Basis aufsitzend. Tu. Erweiterte Venen. 12,5 lang 10,5 breit 29,5 Umfang.	36 j. Pat. Verlegung des Introit vag. Operation.
61. **Tompson:** Churchill diseases of women 4h engl. Edition	Vulva	Fester, gelappter Tumor, bis zu d. Knieen hängend, 4 Pfund schwer.	46 j. Pat. Tumor 9 Jahre gewachsen.
62. **Twambly:** Brit. med 1899. Bd. II.	recht. Lab. maj.	Gestielt 15 cm lang, 15 Umfang, Stiel 2,5 lang 3 breit. Weiches Lipom.	40 j. Pat. Tumor schnell gewachsen. Operation.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Eisenreich für die freundliche Übernahme des Referates, sowie Herrn Prof. Dr. Saenger für die Durchsicht der Arbeit meinen ergebensten Dank zum Ausdruck zu bringen.

Literaturverzeichnis.

Fritsch: Lehrb. d. Frauenkrankheiten.

Fromme: Kasuist. Beitrag z. Ausgangsp. gutart. Geschwülste in d. gr. Labien, Mtschr. f. Gebh. 20, 961.

Gebhardt: Path. Anatomie d. weibl. Sexualorgane.

Grosch: Studien über das Lipom.

Halban-Seitz: Handb. d. Gynäkologie.

Hegar: Operative Gynäkologie.

Henningsen: Inaug. Diss. Kiel 1888. Beitr. z. Kasuist d. Fettgeschwülste.

Lexer: Allgem. Chirurgie.

Martin: Pathologie u. Therapie d. Frauenkrankheiten.

Müller: Zur Kasuistik d. Neubildungen a. d. äußeren weibl. Genitalien. Berl. klin. Wschr. 1881 Nr. 31, 446.

Opielinski: Inaug. Riss. Breslau 1876. Über die Cystengeschwülste der Vulva.

Paasch Irma: Inaug. Diss. Die gutartigen Tumoren der Vulva.

Stöckel: Handbuch d. Gynäkologie.

Veit: Handbuch d. Gynäkologie.

Zeitschriften:

Berliner klinische Wochenschrift
Deutsche medizinische Wochenschrift
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie
Gräfe und Walthers Journal
Gynäkologische Rundschau
Jahresgeschichte für Geburtshilfe und Gynäkologie
Münchner medizinische Wochenschrift
Schmidts Jahresberichte
Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe
Zentralblatt für Gynäkologie und Geburtshilfe
Zentralblatt für Hautkrankheiten

Die einzelnen Jahrgänge der Zeitschriften mit genauen Seitenangaben sowie alle ausländischen Veröffentlichungen von Vulva-Lipomen sind in der Übersichtstafel ausführlich verzeichnet.

Lebenslauf.

Am 7. 2. 1909 wurde ich als Sohn des Apothekers Hugo Windorfer in Falkenstein (Oberpfalz) geboren. In Regensburg besuchte ich das Realgymnasium das ich 1928 absolvierte. Zum Studium bezog ich die Universitäten München und Gießen und legte in letzterer 1931 mein Physikum ab. In meinen klinischen Semestern arbeitete ich an den Universitäten Breslau, Zürich und München; hier bestand ich im Dez. 33 mein med. Staatsexamen.